



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS

O auto-conceito do Enfermeiro na sua Motivação Profissional

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Especialidade em Observação e Análise da Relação Educativa

Ana Maria Viegas Martins

Documento provisório
Faro
2002

Dissertação de mestrado na especialidade de Observação e
Análise da Relação Educativa.

Intitulada: O auto-conceito do enfermeiro na sua motivação
profissional.

Apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da
Universidade do Algarve.

Orientada por: Professor Doutor Saul Neves de Jesus

*A questão de quem eu era consumia-me.
Convenci-me de que não chegaria a encontrar a imagem
da pessoa que eu era: os segundos passaram.
O que em mim subiu à superfície,
mergulhou e voltou a desaparecer.
E no entanto senti, que o momento
da minha primeira investidura foi o momento em que
comecei a representar-me - o momento em que
comecei a viver - gradualmente - segundo a segundo-
ininterruptamente.
Oh! Mente, que estás tu a fazer!
Queres ficar oculta ou queres ser vista?
E o vestido - como te assenta bem! - iluminado
pelos olhos dos outros,
a chorar.*

Jorie Graham,

excerto de «Notas sobre a realidade do Self», em
Materialism (Damásio, 2000)

RESUMO

Na presente dissertação é apresentada a adaptação para enfermeiros de duas escalas, uma de avaliação do auto-conceito de competência e outra de motivação profissional, aplicadas aos profissionais em exercício profissional no Algarve e baseadas num modelo de abordagem pré-testado.

A escala de avaliação do auto-conceito de competência é composta por trinta e um itens distribuídos por seis sub-escalas que avaliam, as percepções de competência cognitiva, nas dimensões resolução de problemas, sofisticação ou motivação para aprender e precisão e profundidade da prudência socioprofissional, as percepções de competência social, nas dimensões de cooperação e assertividade e interacção social e ainda as percepções de competência no domínio do pensamento divergente ou criatividade.

A escala de motivação profissional é composta por catorze itens distribuídos por três sub-escalas que avaliam, o projecto profissional do enfermeiro na actualidade e daqui a cinco anos, a motivação intrínseca para a profissão e as expectativas de eficácia em relação à mesma.

Os resultados do estudo das qualidades psicométricas das escalas, junto da amostra de trezentos e quarenta e dois enfermeiros, nomeadamente a correlação inter-item com o total da escala, a consistência interna através do *alpha* de Cronbach e da estrutura factorial, revelaram resultados muito satisfatórios, confirmando totalmente a aplicação destes dois instrumentos ao contexto da profissão de enfermagem.

Este estudo reflectiu ainda que a motivação dos enfermeiros é fortemente influenciada pelo seu auto-conceito, geral e de competência, sendo que este grupo profissional apresenta um auto-conceito de competência elevado e consequentemente uma motivação profissional muito boa. A confirmação empírica é desejável.

Palavras Chave: auto-conceito, competências, motivação, profissão, enfermeiros, escalas.

ABSTRACT

“Nurses Self-Concept in their professional motivation”

In the present work is introduced the adaptation to nurses of two scales, one of evaluation of the self-concept of competence and, the other, of professional motivation, both applied to the professionals in practice in Algarve and based on a previously tested approach model.

The scale of evaluation of the self-concept of competence is composed by thirty-one items distributed by six subscales which evaluate the following perceptions: perceptions of cognitive competence, in the dimension of solving problems, sophistication or motivation to learn, precision and depth of the socio-professional prudence; perceptions of social competence, in the dimension of cooperation, assertiveness and social interaction; perceptions of competence, in the dimension of divergent thought or creativity.

The scale of professional motivation is composed by fourteen items distributed by three subscales which evaluate the nurses' professional project nowadays and in five years time, the intrinsic motivation and the expectations of efficacy towards the profession.

The results of the study of the psychometric qualities of the scales, in a sample of three hundred and forty-two nurses, proved to be very satisfactory, confirming completely the application of these two instruments to the context of nursing. The observed psychometric qualities of the scales were the correlation between items and the whole of the scale, the internal consistence through the *alpha* of Cronbach and the factor structure.

This work reflected also that the nurses' motivation is strongly influenced by their self-concept, general and of competence, in a way that this professional group presents a high self-concept of competence and, consequently, a very high professional motivation. The empirical confirmation is desirable.

Key-words: self-concept, competences, motivation, profession, nurses, scales.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Saúl de Jesus agradeço pela colaboração imprescindível e disponibilidade incansável. Pelo seu espírito académico e experiência científica. Pela sua sabedoria e confiança depositada. Pela orientação rigorosa e crítica. E ainda, pelo seu companheirismo neste percurso de crescimento e desenvolvimento pessoal, académico e profissional.

Ao Professor Doutor Fernando Gonçalves agradeço pela sua experiência científica e sabedoria, pelas suas reflexões com os mestrandos, reflexo dum verdadeiro processo de *ensino-partilha-aprendizagem*. Pelo seu espírito arrojado e por ter aberto e coordenado este mestrado.

Ao professor Doutor Vaz Serra os meus agradecimentos pela sua amabilidade e disponibilidade académica. Pelas sugestões e críticas. Pela sua sabedoria, pela sua obra na área do auto-conceito e pela forma abdicada como partilha os seus saberes. Por despertar em mim, há alguns anos atrás, o desejo de estudar e prosseguir estudando porquanto me for possível, esta matéria tão interessante.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional de sempre, pelo estímulo, pelo carinho e pelo amor dedicados. Por constituírem por si a melhor componente do meu auto-conceito quanto aos afectos e às emoções. E ainda por me terem educado no respeito pela individualidade do ser humano e na valorização das competências dos indivíduos.

À Célia Matias, minha irmã, agradeço a colaboração prestada no rigor das traduções efectuadas e pelo apoio e estímulo incondicional.

Aos amigos, com quem tive oportunidade de reflectir diversas questões desta investigação, particularmente ao Filipe, agradeço a disponibilidade e a partilha de conhecimentos.

Aos caros colegas e aos representantes das instituições onde trabalham, agradeço a colaboração imprescindível na aplicação dos instrumentos e no seu preenchimento.

Ao Marco, agradeço o seu apoio e a colaboração prestada nalgumas encruzilhadas deste percurso.

INDICE GERAL

f.

INTRODUÇÃO	14
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
CAPÍTULO 1 - O AUTO-CONCEITO	27
1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA NA CONCEPTUALIZAÇÃO DO AUTO-CONCEITO.....	28
1.1 - FACTORES DE INFLUÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO AUTO-CONCEITO	34
1.1.1 - Regulação do auto-conceito.....	37
1.1.2 - Funções do Auto-Conceito	38
1.2 - CARACTERÍSTICAS DO AUTO-CONCEITO	39
1.2.1 - Auto Conceito “Estado” ou “Traço”.....	41
1.3 - COMPONENTES DO AUTO-CONCEITO	42
1.3.1 - Auto-conceito e auto-imagens	42
1.3.2 - Auto-conceito e Identidades	43
1.3.3 - Auto-conceito e Imagem física ou corporal	44
1.3.4 - Auto-conceito e desempenho de papéis.....	45
1.3.5 - Auto-conceito real e auto-conceito ideal	46
1.3.6 - Auto-Conceito e Auto-Estima	46
1.4 - MODELOS DE AUTO-CONCEITO	51
1.5 - AUTO-CONCEITO DE COMPETÊNCIA	53
1.6 - AUTO-CONCEITO E EXPECTATIVAS	54
1.7 - AUTO-CONCEITO E MOTIVAÇÃO	56
1.7.1 - O motivo da auto-eficácia.....	57
1.7.2 - O motivo da auto-estima	58
1.7.3 - O motivo da auto-consistência	59
1.8 - OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DO AUTO-CONCEITO.....	59
1.8.1 - Intervenção no auto-conceito	62
CAPITULO 2 - MOTIVAÇÃO	65
2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA NA CONCEPTUALIZAÇÃO DA MOTIVAÇÃO	66
2.1 - O CONCEITO E AS TEORIAS EM MOTIVAÇÃO	67
2.1.1 - Teorias e Modelos de Motivação	69
2.1.2 - Auto-Regulação da Motivação.....	77
2.2 - MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL.....	82
2.3 - MOTIVAÇÃO NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	86
PARTE II- ESTUDOS DE CAMPO. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS	91
CAPÍTULO 3 - ESTUDO PRÉVIO PARA TESTAR O MODELO TEÓRICO ...	92
3 - O MODELO DE ANÁLISE	92
3.1 - MAPA CONCEPTUAL	93
3.1.1 - Modelo Teórico e hipóteses de investigação	94

3.2 - AMOSTRA E PROCEDIMENTO	96
3.3 - INSTRUMENTO UTILIZADO	98
3.4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	101
3.5 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES RELATIVAMENTE AO MODELO TEÓRICO ...	117
CAPÍTULO 4 - ESTUDO EMPÍRICO	119
4 - METODOLOGIA	119
4.1 - AMOSTRA E PROCEDIMENTO	121
4.2 - HIPÓTESES EM ESTUDO.....	124
4.3 - VARIÁVEIS EM ESTUDO	125
4.4 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	127
4.4.1 - Escala de Auto-Conceito de Competência	127
4.4.2 - Escala de Motivação	130
4.4.3 - Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)	132
5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	134
5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	134
5.2 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS OBTIDOS NAS ESCALAS ..	137
5.3 - ESTUDO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS	146
5.3.1 - Análise da Correlação dos Itens com o Total da Escala a que pertencem .	147
5.3.2 - Análise da Estrutura Factorial das Escalas.....	150
5.3.3 - Análise da Consistência Interna das Escalas.....	158
5.4 - ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE AS VARIÁVEIS COGNITIVO-MOTIVACIONAIS	161
5.5 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES DAS ESCALAS	163
5.6 - ANÁLISE DAS HIPÓTESES EM ESTUDO	166
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	167
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	179
BIBLIOGRAFIA.....	184
ANEXOS.....	197
ANEXO 1- Instrumentos utilizados nos estudos de campo.....	198

ÍNDICE DE TABELAS

f.

TABELA 1-	Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário.....	101
TABELA 2-	Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.....	102
TABELA 3-	Distribuição dos enfermeiros pelas instituições onde trabalham.....	102
TABELA 4-	Distribuição dos enfermeiros pela categoria profissional.....	102
TABELA 5-	Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de serviço na carreira.....	103
TABELA 6-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 1 da escala	103
TABELA 7-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 2.....	104
TABELA 8-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 3.....	105
TABELA 9-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 4.....	105
TABELA 10-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 5.....	106
TABELA 11-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 6.....	107
TABELA 12-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 7.....	107
TABELA 13-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 8.....	108
TABELA 14-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 9.....	109
TABELA 15-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 10.....	109
TABELA 16-	Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário.....	135
TABELA 17-	Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.....	135
TABELA 18-	Distribuição dos enfermeiros pelas instituições.....	136
TABELA 19-	Distribuição dos enfermeiros pela categoria profissional.....	136
TABELA 20-	Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de serviço na carreira.....	137
TABELA 21-	Médias do AC nos factores do ICAC, por classes de idades, nos enfermeiros e população geral.....	140

ÍNDICE DE GRÁFICOS

f.

GRÁFICO 1-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 1 da escala.....	104
GRÁFICO 2-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 2.....	104
GRÁFICO 3-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 3.....	105
GRÁFICO 4-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 4.....	106
GRÁFICO 5-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 5.....	106
GRÁFICO 6-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 6.....	107
GRÁFICO 7-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 7.....	108
GRÁFICO 8-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 8.....	108
GRÁFICO 9-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 9.....	109
GRÁFICO 10-	Distribuição dos enfermeiros pelo item 10.....	110

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
QUADRO 1- Teste χ^2 para o item 1.....	111
QUADRO 2 - Teste χ^2 para o item 2.....	111
QUADRO 3 - Teste χ^2 para o item 3.....	112
QUADRO 4 - Teste χ^2 para o item 4.....	113
QUADRO 5 - Teste χ^2 para o item 5.....	113
QUADRO 6 - Teste χ^2 para o item 6.....	114
QUADRO 7- Teste χ^2 para o item 7.....	115
QUADRO 8 - Teste χ^2 para o item 8.....	115
QUADRO 9 - Teste χ^2 para o item 9.....	116
QUADRO 10 - Teste χ^2 para o item 10.....	116
QUADRO 11 - Aplicação do ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito).....	138
QUADRO 12 - Distribuição dos enfermeiros segundo a Classificação Geral do Auto-Conceito.....	139
QUADRO 13 - Algoritmos para o cálculo do Score total da escala de ACC.....	141
QUADRO 14 - Classificação Geral do Auto-Conceito de Competência.....	142
QUADRO 15 - Aplicação da Escala de Auto-Conceito de Competência a enfermeiros (EACCE).....	143
QUADRO 16 - Algoritmos para o cálculo do Score total da escala de Motivação Profissional.....	144
QUADRO 17 - Classificação Geral do Motivação profissional dos enfermeiros....	145
QUADRO 18 - Aplicação da Escala de Motivação de Enfermeiros (EME).....	146
QUADRO 19 - Análise da correlação item-total na escala de Auto-Conceito de Competência.....	148
QUADRO 19.1 - Análise da correlação item-total (r) nas sub-escalas de Auto-Conceito de Competência.....	149
QUADRO 20- Análise da correlação item-total na escala de Motivação.....	149

QUADRO 20.1 -	Análise da correlação item-total (r) nas sub-escalas de Motivação..	150
QUADRO 21 -	Valores de classificação da análise factorial pelo teste de Bartlett's	153
QUADRO 22 -	Análise factorial do instrumento para avaliação do auto-conceito de competência, após rotação Varimax, comunalidades (h_i^2) e raízes da solução.....	155
QUADRO 22.1 -	Apresentação da reorganização da escala de auto-conceito de competência para enfermeiros.....	156
QUADRO 23 -	Análise factorial do instrumento para avaliação da motivação, após rotação Varimax, comunalidades (h_i^2) e raízes da solução.....	157
QUADRO 24 -	Coeficientes Alpha Cronbach obtidos na escala de auto-conceito de competência.....	160
QUADRO 24.1 -	Coeficientes Alpha Cronbach obtidos nas sub-escalas de auto-conceito de competência.....	160
QUADRO 24.2 -	Coeficientes Alpha Cronbach obtidos nas sub-escalas de motivação	161
QUADRO 25-	Coeficientes Beta estandarizados obtidos nas equações de regressão linear simples efectuadas entre as variáveis demográficas e as medidas de ACC.....	162
QUADRO 26 -	Coeficientes Beta estandarizados obtidos nas equações de regressão linear simples efectuadas entre as variáveis demográficas e as medidas de Motivação.....	163
QUADRO 27 -	Coeficientes Beta estandarizados obtidos nas equações de regressão linear simples efectuadas entre as variáveis demográficas e as medidas do ICAC.....	163
QUADRO 28 -	Matrix de correlações entre os factores (F) das escalas de Auto-Conceito geral (AC) e Auto-Conceito de Competência (ACC) e os scores totais das próprias escalas.....	164
QUADRO 29 -	Matrix de correlações entre os factores (F) de Auto-Conceito de Competência (ACC) e Motivação e os scores totais das próprias escalas.....	165
QUADRO 30 -	Matrix de correlações entre os factores (F) do ICAC (Inventário Clínico de auto-Conceito) e a escala de Motivação e os scores totais das próprias escalas.....	166
QUADRO 31 -	Análise da relação exercida das variáveis de auto-conceito e auto-conceito de competência sobre as variáveis de motivação através do teste de Regressão Linear Simples.....	167

INDÍCE DE FIGURAS

	f.
FIGURA 1 - Modelo Teórico e suas dimensões.....	95
FIGURA 2 - Mapa Conceptual.....	95

INTRODUÇÃO

A pesquisa que passamos a apresentar pretende ser um pequeno contributo para um conhecimento, cada vez mais estruturado, da profissão de enfermagem e seus actores sociais, os enfermeiros. Este trabalho de pesquisa enquadra-se no âmbito das ciências da educação, na especialidade de observação e análise da relação educativa.

Partimos do princípio que a relação educativa, sendo uma “*necessidade básica*” (Fernandes, 1990) de todo o ser humano, é o conjunto de relações sociais que se estabelecem entre o educador e aqueles que educa para atingir objectivos educativos, relações essas que possuem características cognitivas e afectivas identificáveis, que têm um desenvolvimento e vivem uma história (Postic, 1984). O que determina que a relação educativa não se reduz à relação institucional professor-aluno/acto educativo/situação educativa/escola, sendo antes uma dimensão muito mais abrangente das relações humanas e da vida, sejam de âmbito social, afectivo ou mesmo profissional.

Sendo o enfermeiro um educador para a saúde por excelência, sendo o acto de educar os indivíduos para a saúde a sua função primordial, facilmente se compreende que um dos principais instrumentos de trabalho destes profissionais é a relação de educação que estabelece com os utentes. A relação educativa compreende por si só, conceptualmente, o acto de ajudar alguém. A intervenção destes profissionais na sociedade faz-se através de um processo de “*Ensino*” (informando, esclarecendo e orientando), “*Partilha*” (numa verdadeira troca de saberes, saber-saber, saber-fazer e saber-estar, na partilha e gestão de afectos e emoções, na cumplicidade com os problemas dos cidadãos e no empenhamento recíproco na sua resolução) e “*Aprendizagem*” (revendo os seus conhecimentos todos os dias na interacção com os utentes, os colegas e outros profissionais intervenientes na relação, na necessidade de actualização e aquisição de novos conhecimentos). Este Processo de “*Ensino-Partilha-Aprendizagem*” (Gonçalves, 1993) é o meio utilizado pelo enfermeiro para planificar a sua intervenção. Os agentes do acto educativo nesta relação são o enfermeiro e o utente. O acto educativo é aqui o acto de ajudar alguém a adquirir um conjunto de conhecimentos para melhorar, manter ou desenvolver o seu estado de saúde. A educação quer na saúde quer na literacia são

actos fundamentais da vida humana, estruturas essenciais da sociedade, da política e economia dum País. É sobre este agente da educação que vamos focalizar o nosso processo de observação e análise, contribuindo com a adaptação de instrumentos para o efeito.

As Ciências da Educação foram classificadas em três categorias: “*as que estudam as condições gerais da educação; as que estudam a situação de educação e os próprios factos de educação e as da reflexão e da evolução*” (Mialaret, 1980: 40).

Na primeira categoria inserem-se a história da educação e pedagogia, a sociologia da educação, a demografia escolar, a economia da educação e a educação comparada. Na segunda categoria são abordados os problemas concretos da educação, que o autor supracitado, distingue em quatro categorias : as disciplinas que estudam as condições do acto educativo sob os ângulos fisiológicos, psicológicos e psicossociológicos, as didácticas e teoria dos programas, as ciências dos métodos e das técnicas pedagógicas e as ciências da avaliação. A terceira categoria integra as ciências da reflexão e do futuro, nomeadamente a filosofia da educação e a prospectiva em pedagogia e planificação.

É na segunda categoria das ciências da educação que se enquadra o nosso estudo, nas disciplinas que estudam a situação de educação, as condições do acto educativo e que são, segundo o Modelo de Classificação de Mialaret (1980: 51), “*a fisiologia da educação, a psicologia da educação, a psicossociologia dos pequenos grupos e a ciência das comunicações*”. A psicologia da educação é no ponto de vista do autor, constituída pelo conjunto de estudos sobre as condutas e os processos (individuais e colectivos) utilizados ou provocados pelo acto e pela situação de educação, ou seja, interessa-se pelo estado dos sujeitos antes, pelo seu funcionamento durante e pela sua transformação depois. O autor defende ainda duas formas de abordagem, uma estática, que é a constatação, que estabelece balanços tão objectivos quanto possível dos estados psicológicos e tente estudar relações de influência entre as variáveis e uma abordagem dinâmica, que corresponde à acção que está ligada às próprias situações de educação.

Neste processo de observação e análise o que vamos constatar é determinada conduta motivada do enfermeiro utilizada no contexto profissional (que integra o contexto pessoal), na relação que estabelece com um processo individual de reconhecido mérito na literatura, no que respeita à auto-construção e auto-consciencialização do próprio indivíduo, que é o seu auto-conceito, o conhecimento que tem de si, que o atravessa ao longo da sua história de vida e se desenvolve na interacção com o outro. Os investigadores defendem que “*o próprio acto educativo deve ser analisado*

psicologicamente enquanto situação e conjunto de condutas” (Mialaret, 1980: 54), para o aperfeiçoamento dos processos educativos e adaptação dos sujeitos à instituição.

A pertinência de trabalhar com enfermeiros surge da necessidade de viver e construir a profissão de enfermagem, melhorando as práticas e contribuindo, ainda que modestamente, para uma identidade cada vez mais estruturada desta profissão.

Ao longo da história, a conceptualização em enfermagem tem sido pouco consensual e não se tem produzido isenta de polémica. Historicamente, a profissão de enfermagem tem evoluído com o progresso e os acontecimentos sociais, constituindo mais um indicador das constantes transformações sociais que vivemos na actualidade.

No entanto, a confusão persiste no que diz respeito aos conceitos em enfermagem, um pouco associada ao tradicionalismo do modelo bio-médico, na sujeição a situações e métodos emergentes da prática da medicina, aquém dos métodos mais adequados para a profissão de enfermagem e daquilo que são as competências do enfermeiro.

A pressão de uma consciência social cada vez maior da responsabilidade do enfermeiro no Sistema Nacional de Saúde, dos novos conhecimentos científicos e tecnológicos, o crescimento exponencial de produção e acessibilidade dos conhecimentos em todas as áreas e a reorganização profissional, fez emergir nos profissionais de enfermagem, uma profunda crise de identidade. Esta dificuldade de identificação profissional vem-se manifestando de forma progressivamente mais acentuada desde os anos setenta, em parceria com as novas exigências sociais e económico-políticas, não sendo imune à dificuldade de renúncia dos modelos até então vigentes, que deslocavam as responsabilidades para outros profissionais.

O reencontro com a identidade profissional, implica o desenvolvimento e maturação do corpo de conhecimentos de enfermagem e a interiorização de dados exteriores, num processo de retroacção contínua para que o comportamento profissional seja integrado, dirigido e regulado para a manutenção e crescimento, o que implica constante mudança e adaptação e abertura ao “*saber-saber*”, “*saber-fazer*” e “*saber-estar*” na profissão. Emergindo daí uma progressiva auto-consciencialização profissional, com lugar à criatividade.

A profissão de enfermagem sofreu, nas últimas décadas, uma evolução sob o ponto de vista organizacional e científico vertiginosa, uma rápida mutação ainda hoje difícil de integrar, o que é corroborado por Carrachás (2001). O enfermeiro começa, recentemente, a desafiar valores tradicionais, ganha autonomia, liberdade de acção e um corpo de conhecimentos próprio. A enfermagem adquiriu complexidade e afastou-se, pelo menos teoricamente, da inter-dependência em relação aos profissionais médicos.

Este crescimento tem gerado crises de mudança e tem sido difícil de integrar, quer pelos próprios profissionais, quer pelas instituições e outros profissionais de saúde, o que se deve grandemente a fortes representações sociais.

Não é fácil definir uma profissão, cuja origem da palavra varia de idioma para idioma, sendo que, segundo Llandaft e Castledine (1988), “...em algumas línguas não se encontra equivalente que a defina”.

Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), a enfermagem é uma arte e uma ciência, que estuda o indivíduo e a família no seu todo biopsicossocial e cultural, no contexto do seu meio.

A educação e a investigação em enfermagem deverão facilitar o desenvolvimento de uma identidade profissional e um corpo de conhecimentos e capacidades para uma prática competente.

Para Queirós, Silva e Santos (2000: 40), a competência em enfermagem “*envolve não só a apropriação significativa de conhecimentos científicos mas também a realização de acções na prática, com utilização adequada das tecnologias quer de manutenção da saúde, quer de reparação e prevenção de problemas dos cidadãos, e estas envolvidas numa forte componente relacional de valorização das pessoas como centro de todos os cuidados*”.

O *Saber* em enfermagem, para além de se colocar nas áreas das ciências médicas, coloca-se, fundamentalmente, na área das ciências humanas (Llandaft & Castledine, 1988; Queirós, Silva & Santos, 2000), porque ao contrário da medicina, o diagnóstico em enfermagem incide na pessoa como um todo, numa visão holística do ser humano, respondendo a problemas de saúde e não á funcionalidade/ disfuncionalidade de determinado órgão ou sistema.

O holismo é uma visão filosófica em que o homem é um ser uno, indivisível, em contraste com a visão dualista cartesiana, que separa a mente do corpo. As duas premissas básicas inerentes à visão holística são que o indivíduo reage sempre como um todo unificado e como tal é diferente da soma das partes e mais que a soma destas (Pearson & Vaughan, 1992). Na abordagem holística o indivíduo é analisado como um todo nas suas componentes físicas, bioquímicas, emocionais, mentais, espirituais, energéticas, ambientais, sociais, toxicológicas, genéticas e factores constitucionais. Esta é uma abordagem multidimensional e contém quatro aspectos fundamentais: totalidade, individualidade, especificidade e origem.

Para Rogers (1988: 116), “*a aprendizagem de um enquadramento conceptual da enfermagem, envolve não só a aquisição de conhecimentos e perícia, mas também uma*

reestruturação significativa no modo como os enfermeiros se encaram a eles próprios e ao seu trabalho de enfermagem". É um processo de "Ensino- Partilha- Aprendizagem" (Gonçalves, 1993). Um processo de consciencialização e experimentação da mudança, reflexão e análise dentro dos contextos históricos e socio-culturais. É acima de tudo, para Rogers (1988), *"um envolvimento mais forte «empowerment» para mudar e finalmente libertar-se da velha perspectiva e aceitar uma nova, juntamente com os valores, crenças e ideias daí inerentes"*.

Passa-se do paradigma dominante do "tratar", orientado para os cuidados curativos, para o paradigma emergente do "cuidar", conceito de relatividade assentes em concepções holísticas e humanísticas da pessoa, inserida em contextos de vida próprios. O ênfase na relação com as pessoas, desloca-se da execução técnica para a autonomia e auto-determinação dos indivíduos. A evolução do holismo em enfermagem inscreve-se nesta mudança de paradigma.

Para Santos (1987), no paradigma emergente, a distinção entre ciências naturais e ciências sociais, em enfermagem, deixa de ter sentido e utilidade.

No paradigma dominante ou clássico, os conceitos em enfermagem estão interligados ao tecnicismo e centrados na doença. O Homem é observado como uma máquina e as suas engrenagens, vários sistemas de órgãos. O conhecimento mais valorizado é o das ciências biomédicas.

No paradigma emergente ou moderno, há uma centralização da conceptualização na relação, orientada para o desenvolvimento da saúde. O conhecimento mais valorizado é a concepção humanística, o Homem sistémico, enquanto autor e sujeito do seu mundo, *"a situação comunicativa"* (Santos, 1987). O que se estuda é o indivíduo como um todo único, indissociável nas suas partes e em plena interacção mente-corpo-meio.

A transição da dimensão reparadora para a dimensão relacional e desenvolvimental, faz-se com a integração dos processos tecnológicos. Para Queirós, Silva e Santos (2000: 88), *"é a dimensão relacional que dá sentido às tecnologias utilizadas, devendo as tarefas estereotipadas e esvaziadas de conteúdo ser banidas da prática de cuidados de enfermagem"*.

Para Colière (1983), *"a procura da aquisição de formação superior e da aquisição da imagem de marca da investigação, podem afirmar uma identidade profissional"*. O que é corroborado por Santos (1987), que considera que o saber em enfermagem se tem desenvolvido graças à pesquisa e à pedagogia do ensino de enfermagem, sendo que *"a ciência e a arte"* dos cuidados de enfermagem formam um todo integrado.

Para Kerouac (1994), a enfermagem desenvolve técnicas e conhecimentos científicos, mas fundamentalmente uma grande qualidade no contacto humano. A focalização da enfermagem volta-se, actualmente, para a promoção da saúde, prevenção da doença, profilaxia e diagnóstico precoce. É o novo enquadramento das ciências da enfermagem. Isto faz-se pela educação dos indivíduos em particular e da sociedade em geral. O enfermeiro é, essencialmente, um educador para a saúde. É “*O Educador para a saúde*” por excelência. A ferramenta mais importante do profissional de enfermagem é a “*Relação*”, a relação educativa, a relação de ajuda. A principal meta, ajudar e orientar o indivíduo e a família no seu desenvolvimento e crescimento na saúde, fazer despertar-lhe o desejo e/ou a necessidade de ser saudável.

Para Byrnes (1986), o educador humanista, como o enfermeiro, cria condições que minimizem a ameaça das relações interpessoais (cit. por Santos, 1987). Para o humanismo existencialista a liberdade de escolha é a característica humana de maior valor.

O elemento relacional é, para Collière (1989), o suporte de ideologias determinantes dos comportamentos.

Os cuidados de enfermagem situam-se assim, na relação de interacção entre as pessoas (intervenientes sociais), na promoção da sua autonomia, desenvolvimento e crescimento, tendo em conta o seu todo contextual.

Para Tavares *et al* (1995: 10), esta “*activação/ estimulação do desenvolvimento humano em todas as suas dimensões, tendo em conta as disponibilidades mais sensíveis e activadas ou abertas dos sujeitos nos seus contextos e sistemas,...é a matrix que está na base da preocupação de estudo, pesquisa e reflexão, que constitui a finalidade de toda a intervenção educativa através dos diferentes sistemas de formação, inicial, em serviço, profissional, tecnológica, contínua, recorrente, aprofundada, especializada*”. Para o autor, examinar o desenvolvimento psicológico e os mecanismos mais adequados de intervenção para a sua activação, é um dos grandes objectivos da reflexão.

Como já referimos, a actual abordagem do conhecimento em enfermagem é fundamentada na interacção: aprendizagem, desenvolvimento/crescimento, itinerários pessoais/ contextos e sistemas (micro, meso, macro, exo e hiper-sistemas), histórias de vida. O que pressupõe uma abordagem sistémica e uma visão humanista do Homem.

A abordagem sistémica permite uma reorientação da abordagem do pensamento científico no estudo do Homem. O utente deve ser considerado uma entidade sem limites, com um sistema de personalidade activo, cuja evolução segue princípios, simbolismos e organizações sistémicas e nem sempre é possível ver as expansões

potenciais desta entidade e as ramificações das suas acções (Bertalanffy, 1968, cit. por Neuman, 1995). Estes são sistemas abertos, que se iniciam pela identificação e registo dos ciclos de input, processamento e output repetidos, servindo os últimos de retroacção para inputs posteriores. Para Neuman (1995), estes ciclos compreendem os padrões dinâmicos de organização do utente. Um sistema deste tipo é dinâmico, tem tendência para se movimentar de forma cíclica em direcção á diferenciação, complexificação e elaboração, para crescimento e sobrevivência do organismo. As trocas são recíprocas entre o organismo e o meio-ambiente podendo afectar-se mutuamente, de forma positiva ou negativa.

Arlen Putt (1978), considerou a aplicação da teoria geral dos sistemas adequada para apreciação das necessidades dos utentes, para o desenvolvimento dos planos de cuidados e determinação das acções de enfermagem, dando á profissão um efeito unificador, pela organização e estrutura das suas partes componentes. O funcionamento do sistema utente, numa visão holística dinâmica, requer pensamento, acção e coordenação multidimensional e plurifactorial.

Os itinerários pessoais pressupõem construções individuais, auto-referências. Pela acentuada componente relacional dos instrumentos de intervenção de enfermagem, facilmente se percebe que estes profissionais estão em constante processo de auto-construção/ desconstrução.

Do exposto, surge o nosso interesse pela observação e análise de constructos como o auto-conceito e a motivação nestes profissionais. Como refere Gonçalves (2001: 229), *“se soubermos observar saberemos compreender; se soubermos compreender saberemos intervir e se soubermos intervir saberemos melhorar”*.

Sendo o Auto-Conceito um constructo mental integrador, um “traço” de personalidade, algo estável, na forma como um indivíduo se auto-observa ao longo da sua vida, mas também “estrutura” dinâmica, o que decorre das interacções que o indivíduo estabelece com o meio que o rodeia e com os outros e da maneira como processa a informação. Consideramos importante o estudo deste constructo nos enfermeiros, no sentido de aprofundar o conhecimento destes profissionais.

Muitos estudos sobre auto-conceito apontam para a sua importância predictiva no sucesso do indivíduo ou na forma mais eficaz com que leva a cabo as suas tarefas de vida. Para Vaz Serra (1988: 102), *“o auto-conceito não é mais do que um constructo hipotético e integrador, que ajuda a compreender a uniformidade, a consistência e a coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e a razão porque se*

mantêm certos padrões de conduta no desdobrar do tempo, desempenhando assim o papel de elemento integrador”.

Conceito integrador, porque integra o modo como as outras pessoas observam um indivíduo, isto é, o indivíduo tende a observar-se da maneira como os outros o observam, um fenómeno conhecido na literatura clínica da especialidade como, “*fenómeno de espelho*”.

Bandura (1977), Bednar *et al* (1989) e Tamayo (1985), introduzem sobre este aspecto a noção de feedback interpessoal – o feedback para determinado indivíduo é percebido e controlado experimentalmente, o que vai dar origem a mudanças nas auto-descrições pessoais. Essas mudanças são influenciadas pela positividade ou negatividade do feedback, pela discrepância entre o feedback e as auto-descrições, pelo consenso dos outros no que respeita ao feedback e ainda pelas características da pessoa que emite o feedback, se é ou não pessoa significativa para o indivíduo.

Para Taush –Taush , “*A falta de autenticidade vivida internamente pelo sujeito, quer seja por causas psicológicas, de incongruência fenomenológica ou pela realidade que o circunda, interfere na sua capacidade de auto-construção pessoal e induz ao desenvolvimento de um auto-conceito inadequado, não concordante com as suas experiências pessoais*” (1981: 64). Existindo uma correspondência entre as experiências vividas e o modo como a pessoa se vê a si mesma. Como refere Campos (1982: 62), citando as teorias psicanalíticas da corrente Freudiana, “*A vida é um constante despique de forças*”.

Ora, a interacção pessoal e relacional, é, de facto, a grande ferramenta de trabalho do enfermeiro, como podemos observar. A principal função destes profissionais na prestação de cuidados ao utente é o desenvolvimento de competências de forma a serem capazes de estabelecer uma “*Relação Educativa e de Ajuda*” na promoção da saúde, prevenção da doença e resolução de problemas de saúde da população, o que faz com que estes profissionais estejam em permanente processo de auto-construção/desconstrução socio-afectiva e relacional.

Na realidade, com a democratização e a massificação da educação e seus processos, há por parte destes profissionais a percepção dos mesmos, como pouco autênticos e não raras vezes incongruentes. Definidos pelo “*Aparelho de Estado*”, os padrões de conhecimento revelam-se muitas vezes inadequados à realidade social e às práticas institucionais, criando ao indivíduo situações de dúvida no seu exercício profissional. As finalidades que lhe são impostas e das quais toma consciência, umas vezes com

passividade, outras com revolta, quase sempre com custos para os mecanismos de motivação. O indivíduo tende a desmotivar-se.

O auto-conceito aparece na literatura da especialidade considerado como constructo de grande utilidade, quer para conhecer como a pessoa se percebe e considera a si mesma em função de variáveis específicas, quer para explicar e predizer a adequação sócio-ambiental dos seus próprios comportamentos (Wells & Marwell, 1976; Musitu, 1982, 1984; Marsh, Byrne & Shavelson, 1988; Vaz Serra, 1988; Veiga, 1988, 1989, 1995; Faria & Santos, 1998), o que faz deste constructo um bom instrumento para tentarmos perceber o tipo de influência que exerce sobre a motivação profissional dos enfermeiros.

A motivação profissional é um processo global pelo qual se inicia e dirige uma conduta com o fim de atingir uma determinada meta. É um processo que envolve variáveis tanto cognitivas como afectivas: sendo as variáveis cognitivas aquelas relacionadas com as habilidades do pensamento e das condutas instrumentais para alcançar as metas propostas e as variáveis afectivas, as que compreendem elementos como a auto-estima/ auto-valorização, entre outras.

As variáveis cognitivas e afectivas interagem entre si e complementam-se, no sentido da eficiência da motivação do indivíduo. É no entanto nossa convicção, que esta interacção não é equitativa, isto é, existem variáveis cuja importância, sob o ponto de vista da sua interferência é mais determinante no âmbito da motivação, como seja o auto-conceito, quer seja dirigido às suas dimensões emocionais e afectivas quer de competência e cognitivas.

Segundo Arteaga (2002), nos estudos das variáveis motivacionais afectivas nas teorias da motivação e nalguns modelos de auto-conceito e auto-estima, é sugerido com frequência que a noção de valor e o conceito que o indivíduo faz de si próprio, no âmbito profissional, é afectado por elementos como o rendimento profissional e o auto-conceito de competência.

Entre os diversos elementos, Arteaga refere o auto-conceito de competência como um elemento central, o que se deve a factores como a necessidade que os indivíduos têm de manter elevada a sua imagem, estima ou valor, o que no âmbito profissional significa manter elevado o conceito de competência/ habilidades. Em segunda instância, o valor que se atribui e o conceito que têm de si o próprio profissional é o principal activador da sua conduta auto ou hetero-dirigida, é o eixo de um processo de auto-definição e o maior ingrediente para atingir o êxito, o que é corroborado por diversos autores

(Bandura, 1977; Vaz Serra, 1986-1988; Byrne, 1989; Marsh, 1986; Franken, 1998; Faria & Santos, 1998).

Esta auto-valorização dá-se a partir de determinado desenvolvimento e evolução cognitiva, em que o indivíduo se auto-percepciona como habilidoso e competente.

Habilidade e esforço aparecem neste âmbito, quase como sinónimos, sendo que o esforço nem sempre garante o êxito, revestindo-se a habilidade de maior importância. Isto deve-se a determinada capacidade cognitiva que permite ao sujeito fazer uma elaboração mental das implicações causais que contêm o desenvolvimento das auto-percepções de habilidade e esforço. Estas auto-percepções, sendo complementares, não apresentam o mesmo peso para o profissional. Perceber-se como hábil (capaz) é o elemento central. No contexto profissional, o indivíduo espera ser reconhecido pelas suas capacidades (habilidades) e espera ver valorizado o seu esforço.

Para Bandura (1986), as pessoas possuem um auto-sistema que lhes permite exercer um controlo sobre o meio-ambiente, para além do seu pensamento, dos seus sentimentos e das suas acções. Este auto-sistema inclui as habilidades de simbolizar, aprender com os outros, planificar estratégias alternativas, regular a sua própria conduta e as suas auto-reflexões.

A conduta humana será então, o resultado da interacção desse auto-sistema e as fontes de influência externa e do meio-ambiente. Bandura (1986) define um quadro de conduta humana e da motivação em que, as crenças que as pessoas têm sobre elas mesmas (o seu auto-conceito), são os elementos mais importantes no exercício do controlo e na actuação pessoal.

Podemos dizer então que a motivação é diferente de indivíduo para indivíduo e diferenciada nos seus efeitos. Existe portanto, em acto ou em potência, uma hierarquia ou escala de motivações em cada indivíduo. O seu reforço ou estímulo é orientado pela concretização dos objectivos a que se propõe e pela satisfação das suas necessidades intrínsecas, de natureza psico-afectiva e intelectual, de inserção socio-ambiental e utilidade profissional (Fernandes, 1990). A motivação intrínseca deve envolver o todo do indivíduo, dinamizando toda a sua individualidade, na percepção da utilidade do que vai fazer.

Este estudo parece-nos tão mais relevante, quanto mais percebemos que não é possível o indivíduo desmunir-se das suas auto-referências no seu exercício profissional, sendo pouco viável dissociar dimensões afectivas e de competência do auto-conceito.

Se tivermos como referência as mais diversas investigações na área do Auto-Conceito, em que é dada grande importância a um constructo mental integrador e de grande relevo na forma como o indivíduo se vê e que integra as observações dos outros, sendo determinante nos comportamentos demonstrados ao longo da vida, podemos pressupor, que na área da motivação profissional, intervir num auto-conceito desadequado, pode ser uma forma de alterar posturas negativas, reformulando formas de estar na profissão e rentabilizando os recursos dos indivíduos.

A investigação em enfermagem é reduzida, o que é explicado essencialmente pelo facto de só recentemente os profissionais de enfermagem terem acesso ao grau académico de licenciatura, estando até então o campo da investigação de certo modo vedado a este grupo profissional. Mas também, porque os estudos realizados até então têm carácter essencialmente prático, sendo aplicados nas práticas profissionais para enriquece-las, sem o cuidado e a preocupação da produção científica, divulgação e avaliação. Encontram-se alguns trabalhos desenvolvidos na área das Ciências da Enfermagem, por docentes das Escolas Superiores de Enfermagem, maioritariamente, e por alguns sociólogos e psicólogos. Trabalhos esses, mais ligados aos modelos de actuação profissional e à satisfação dos utentes em áreas clínicas específicas, tendo por objectivo primordial a melhoria da prestação de cuidados. No âmbito das práticas de enfermagem, as investigações até então realizadas, centram-se essencialmente na especificidade de patologias do utente e na tentativa de compreensão e explicação de alguns factores a ele relacionados. Após pesquisa exaustiva, não foram encontrados trabalhos de investigação publicados nesta área. Foi encontrado um artigo científico sobre o auto-conceito em enfermagem na área da motivação para a mudança, da autoria de Anjos e Monge (1991).

Desde os anos 70, que a Enfermagem é uma carreira profissional em evolução crescente, sob o ponto de vista da sua organização e estrutura e do desempenho profissional na Administração Pública, o que é corroborado por Carrachás (2001). Sob o ponto de vista académico e da investigação, uma profissão que começou nas últimas três décadas a dar os “*primeiros passos*”.

Neste contexto, coloca-se o seguinte problema geral; “*Quais as relações de influência existentes entre o auto-conceito dos enfermeiros nas competências profissionais auto-consciencializadas, atendendo aos efeitos da variável motivação?*”

Tendo por referência o anteriormente exposto, é objectivo geral deste processo de observação estudar a relação de influência que existe do auto-conceito dos enfermeiros

sobre a sua motivação profissional, através de duas escalas adaptadas para enfermagem, para avaliação do auto-conceito de competência e motivação profissional.

Este objectivo geral pode subdividir-se em alguns objectivos específicos:

- Estudar o auto-conceito do enfermeiro no sentido da sua auto-percepção, para tentar encontrar factores de influência na sua motivação profissional;
- Estudar o auto-conceito de competência do enfermeiro, para tentar encontrar implicações deste na sua motivação profissional;
- Esclarecer a dinâmica existente entre auto-avaliação pessoal e processo de motivação profissional;
- Conjugar a subjectividade inerente a uma constructo mental como o auto-conceito, com a objectividade da intervenção profissional, sob o ponto de vista da motivação individual, por meio da disciplina científica e assim contribuir para o desenvolvimento de teorias já conhecidas e/ou propor novas teorias;
- Confirmar para a profissão de enfermagem, na área específica da motivação, que o auto-conceito é um constructo mental de relevante importância no desempenho pessoal e profissional dos indivíduos;
- Adaptar, para a profissão de enfermagem, uma escala de avaliação de auto-conceito de competência;
- Adaptar, para a profissão de enfermagem, uma escala de avaliação da motivação profissional.

O processo de observação e análise que se segue caracteriza-se por ser misto quanto à observação, visto que prevemos observações descritivas e de verificação, quanto à análise assume-se de carácter fenomenológico, na medida em que o sujeito é fonte privilegiada na explicação das situações/ actos e de carácter positivista, na medida em que se procura nos dados relações de associação, explicação ou previsibilidade entre as variáveis em estudo.

A presente dissertação está dividida em duas grandes partes. A Parte I constitui a fundamentação teórica do trabalho, está subdividida em dois capítulos. O capítulo 1 aborda a temática do auto-conceito e o capítulo 2 a temática da motivação. A Parte II é constituída pelos estudos de campo, onde estão descritos os procedimentos metodológicos de investigação e está subdividida em dois capítulos. O capítulo 3 descreve o estudo prévio efectuado para testar o modelo teórico, enquanto o capítulo 4 apresenta as análises descritiva e inferencial do estudo empírico. Seguindo-se as conclusões e implicações deste estudo. Terminamos este trabalho com as referências bibliográficas e os anexos.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 - O AUTO-CONCEITO

O auto-conceito é uma estrutura da pessoa humana, que assenta em pressupostos da auto-consciência de nós, dos outros e do meio que nos rodeia e com o qual interagimos, sendo constituído e fundamentado nas nossas percepções e nas interações que estabelecemos.

É um dos conceitos mais interessantes da literatura da especialidade, que lamentavelmente se mantém um constructo contingentemente definido de forma pobre. Strein (1995) encontrou nas revisões da literatura, cerca de quinze termos diferentes para definir auto-conceito, desde o próprio termo a outros como, auto-estima, auto-confiança, auto-aceitação, usados sistematicamente de forma inconsistente, quando relatam, cada um deles, formas e ideias diferentes de auto-observação pessoal. *“O auto-conceito é considerado como uma estrutura acima de todas as outras, uma característica global da pessoa, um conjunto de auto-avaliações específicas em diversos domínios do comportamento”*. Para este autor, a mais velha e comum confusão na conceptualização do auto-conceito, vem dos próprios terapeutas e conselheiros, que continuam a olhar os conceitos de auto-conceito e auto-estima como se do mesmo se tratasse.

O mundo da educação reconhece a importância do auto-conceito (Héroux & Farrell, 1985; Obiakor, 1985, cit. por Maltais & Herry, 1997) e dos seus efeitos no desenvolvimento global da criança. Um bom auto-conceito estará sempre ligado a um desenvolvimento psicológico saudável, a boa adaptabilidade social e a relações interpessoais satisfatórias.

O auto-conceito tem sido alvo de investigações ao longo dos tempos e a teorização sobre o assunto tem sido a mais diversificada. Quando se fala em estruturas da personalidade humana, fala-se num complexo sistema de interações e avaliação de aspectos intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. A maioria dos autores considera o auto-conceito uma estrutura complexa. É um conceito que tem sido estudado em todas as perspectivas teóricas.

Há autores que defendem, que se pode afirmar que *“a investigação sugere que, quer no âmbito da promoção da saúde, quer no da prevenção das doenças e no seu*

empenhamento no tratamento, o auto-conceito tem um papel positivo e importante” (Ribeiro, 1994).

Se cada pessoa é única, então podemos dizer que o auto-conceito de cada um é único também. A característica da pessoa é que para além de possuir traços físicos que a identificam como única, possui diversas formas de consciência e pensamento (Casanova, 1993: 178). É a união de ambos os factores que faz com que o sujeito se constitua como pessoa (Ayer, 1966: 109)

Para chegar a sentir-se e ser pessoa, é necessário alcançar de forma consciente as percepções que provenientes do meio ambiente – experiências – e do seu interior – vivências – constituem o seu Ser (Rogers, 1951: 136).

O auto-conceito, é portanto, um conceito adquirido e aprendido a partir das experiências e conhecimentos de uma pessoa sobre si mesma, é, em abstracto, um compêndio de características essenciais de um indivíduo e ao mesmo tempo que juízos hipotéticos do indivíduo sobre si mesmo (Tausch – Tausch, 1981).

Podemos então dizer que *“o auto-conceito ou a estrutura de si próprio, pode considerar-se como uma configuração organizada das percepções de si, admissíveis para a consciência”* (Rogers, 1951: 136).

Daí inferimos, como Atkinson e Murray (1989) que o auto conceito é a descrição usada para identificar o Eu de uma pessoa como único e diferente dos outros indivíduos.

As experiências de cada pessoa no interior do Eu e com os outros e o ambiente são únicas, então, o auto-conceito de cada pessoa é único. Jamais duas pessoas terão auto-conceitos idênticos. Daí a sua complexidade na investigação e na prática clínica.

Não há consenso na conceptualização do auto-conceito, embora nos últimos anos se tivesse verificado a contribuição notável de estudos de diversos autores para a sua definição, continua a ser um campo de investigação onde ainda há muito para conhecer e determinar (Salvador, 1992).

O estudo do auto-conceito remonta na história ao ano de 1890.

1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA NA CONCEPTUALIZAÇÃO DO AUTO-CONCEITO

Na literatura dos nossos antepassados e até 1890, tudo o que pertencesse ao domínio do Eu e auto-referências, era considerado âmbito das ciências filosóficas. A partir de 1890, William James (considerado *“o pai”* da Psicologia Moderna), introduziu no seu

primeiro trabalho, como pertencente à Psicologia e não à Filosofia, a ideia do eu e do auto-conceito (Bolander, 1994: 1747). Este psicólogo do século XIX considerava que o auto-conceito se desenvolvia através das interações com as outras pessoas.

A abordagem dos Interaccionistas também vai neste sentido, advertindo estes que a formação do auto-conceito depende, essencialmente, do Eu Social.

Segundo Bolander (1994), na tradição dos Interaccionistas o auto-conceito é construído através da interacção social desde que se nasce até ao presente.

Nos finais do século XIX, princípios do século XX, Cooley (1900) chama a atenção para a importância que têm as respostas das pessoas no estabelecimento da auto-estima e ilustrou essa importância utilizando a expressão “*imagem reflectida no espelho*”.

Mead (1934) corrobora da teoria de Cooley. Segundo os pressupostos destes autores, a percepção que as pessoas têm da forma como são vistas pelos outros, determina fortemente o seu auto-conceito (cit. por Bolander, 1994). Isto é, as auto-avaliações são construídas a partir de avaliações reflectidas, ou seja, das avaliações que os outros formulam ao seu próprio comportamento específico.

O auto-conceito torna-se assim uma espécie de “*fenómeno de espelho*” em que o indivíduo, ao ver-se a si próprio, tende a observar-se como os outros o olham (Vaz Serra, 1986: 58).

Os autores do princípio de século chamaram ainda a atenção para os aspectos cognitivos, afectivos e motores do auto-conceito e para a importância das emoções e sentimentos na determinação dos actos no indivíduo. Predomina uma ideia subjacente de que o auto-conceito depende do contexto de vida da pessoa.

A Psicodinâmica, Freud e os seus seguidores, introduzem a ideia de estabilidade e menor susceptibilidade na teorização sobre auto-conceito e põem o ênfase nas auto-imagens constituídas nos primeiros anos de vida. Ressalvam a importância do “*amor*” e da apreciação positiva por parte das pessoas significativas que cuidam das crianças, na construção de um bom auto-conceito.

Bolander (1994), citando as teorias psicanalíticas da corrente Freudiana diz que, quanto mais apreciadas e importantes se sentem as crianças, como resultado de serem “*irracionalmente adoradas*” por aqueles que delas cuidam, tanto menos necessidade têm de o testar em relação a outros, à medida que vão crescendo e se desenvolvem, porque um sentimento básico de auto-aprovação tornou-se parte das suas personalidades.

Apesar das discussões académicas que o auto-conceito despertou entre os teóricos, é a partir dos anos 50 que se vai dar uma crescente importância ao estudo deste constructo, tendo sido especialmente objecto de investigação o auto-conceito nas crianças e adolescentes, tanto no contexto familiar como escolar (Salvador, 1992: 63).

Nos anos 50, surgem as teorias de Rogers, que defendem que a experiência de consideração positiva por parte dos outros deve ser precedida à experiência de consideração positiva de si próprio que não depende directamente das atitudes dos outros (Rogers, 1959: 309).

Rogers fala-nos ainda, referindo-se ao auto-conceito, de estrutura conceptual coerente e organizada, composta de percepções de características do Eu, das percepções das relações do Eu com os outros e com os diversos aspectos da vida, juntamente com os valores inerentes a estas percepções (Rogers, 1959: 200).

Palavras com o “eu” (*Self*), a “*imagem do eu*” e a “*estrutura do eu*”, servem para designar a “*configuração experiencial composta de percepções que se referem no indivíduo, às suas relações com os outros, com o medo e com a vida em geral, assim como os valores que o sujeito concede a estas diferentes percepções*” (Rogers-Kinget, 1967: 196).

Em 1965, aparece o primeiro estudo empírico sobre a matéria, focalizando o ponto de vista dos afectos, protagonizado por Rosenberg. Deste estudo saiu uma Escala de Auto-Estima, ainda hoje disponível. Rosenberg estudou a auto-estima dos adolescentes e a influência sobre esta de variáveis como a classe social, etnia, religião, parentesco e preocupação dos pais (“*Society and the Adolescent Self Image*¹”).

De acordo com Rosenberg (1965), quando a pessoa se constitui o objecto da sua própria observação dá lugar a um conjunto de percepções, denominadas *auto-imagens*, das quais são importantes as propriedades e as relações que estabelecem entre si num mesmo indivíduo.

Na auto-observação o que tem significado, não é a percepção de dada auto-imagem, mas antes a sua organização e hierarquia em relação às restantes (Vaz Serra, 1986). Subjacente a esta ideia estão dois aspectos fundamentais e ainda actuais, uma organização e a hierarquização do auto-conceito. Para um indivíduo tem maior significado aquelas auto-imagens a que atribui maior importância, são mais estáveis e consistentes e localizam-se num plano hierárquico superior, sendo que, em cada um, o modo como se organizam as diversas auto-imagens leva a uma determinada estrutura do

¹ “Sociedade e a Auto-imagem do Adolescente”

auto-conceito. Para determinada pessoa a sua imagem profissional pode ser eminentemente mais importante, em detrimento da sua imagem como desportista, pai, filho, etc.

Cooper Smith (1967) foi o primeiro a estabelecer ligação entre o auto-conceito e tipos de comportamento com êxito. Para este autor e outros contemporâneos, nomeadamente Campbell (1990), Norris e Kunes (1988), o auto-conceito corresponde a uma atitude, sentimento ou avaliação acerca de si próprio, enquanto que a auto-estima corresponde à componente afectiva do auto-conceito, que descreve essa atitude, sentimento ou avaliação.

Nos anos 60 deram-se assim os primeiros passos na diferenciação dos conceitos de auto-estima e auto-conceito, até então um pouco clivados, introduzindo-se a ideia de componentes do auto-conceito, assumindo-se a auto-estima como uma das suas componentes principais e mais vocacionada para os afectos.

Do que se disse atrás, podemos inferir que há um processo de consciencialização do eu, em que o auto-conceito e/ou as auto-imagens de uma pessoa começam a emergir. À medida que se desenvolve uma consciência do seu próprio ser, adquire-se um senso do “*Eu*” formado das experiências de estar e funcionar dentro do seu ambiente. Neste sentido, a formação do auto-conceito de uma pessoa depende do processo de desenvolvimento de uma auto-consciencialização (Atkinson e Murray, 1989).

Segundo os autores supra citados o auto-conceito é, então, a figura mental que uma pessoa constrói acerca do seu *Eu* baseada numa consciência de experiências internas e externas. “*O nosso Eu externo é o que os outros constatarem da minha pessoa, como me vêem e me deixam ver*” (Casanova, 1993: 182). As experiências internas, incluem aquelas que a pessoa tem dentro de si mesma, vividas e integradas, enquanto as experiências externas envolvem interacções com o seu ambiente e os outros. “*A experiência compreende tudo o que sucede no organismo, susceptível de ser apreendido pela consciência*” (Pulpillo, 1984: 67).

Ainda segundo Atkinson e Murray (1989), o auto-conceito inclui as imagens não corporais de uma pessoa, tais como as estruturas intelectual, espiritual e emocional, bem como a imagem corporal que é por si só uma componente do auto-conceito.

Partindo desta evolução histórica na conceptualização do auto-conceito podemos agora defini-lo, com base nos contributos mais recentes dos diversos investigadores.

Como já tivemos oportunidade de referir, a construção do AC no indivíduo faz-se a partir da sua capacidade de auto-consciencialização, isto é, de se construir objecto da

própria observação e abstrair dos seus comportamentos específicos de todos os dias e igualmente dos comportamentos dos outros em relação a si. Sendo assim, um processo simbólico, em que uma determinada estrutura pessoal se forma com o auxílio da linguagem, atribuindo designações a comportamentos, definindo-os e englobando-os.

O Auto-conceito não existe isoladamente, é antes determinado pelo contexto, interno e externo ao indivíduo. Actualmente não pode ser considerado somente um produto do meio e da sua influência, porque é único, tem a ver com a identidade do indivíduo, logo presume uma certa continuidade do comportamento e uma certa coerência, estando assim sujeito a algumas variações determinadas pelo próprio contexto, sendo-lhe inerente uma noção de sistema aberto, dinâmico.

Bolander (1994), acrescenta a importância das convicções do indivíduo sobre as suas capacidades, pela forma como se vê e como julga que os outros o vêem. A partir desta informação desenvolverá ideias (crenças) acerca de si próprio e das suas capacidades. As convicções sobre o seu auto-conceito afectam tudo o que pensa, diz ou faz. O Auto-conceito afecta a maneira como olha o mundo e o lugar que nele ocupa. Influencia a forma como os outros o vêem e se comportam consigo. Afecta as escolhas que faz sobre tudo. É, portanto, introduzida a ideia de sistema aberto e cibernética e também de uma certa estabilidade de base do auto-conceito.

Rogers (1957) definiu auto-conceito como um corpo organizado de percepções, que serão admissíveis à consciência e que incluem a auto-percepção das nossas características, capacidades, relações com os outros e o ambiente, valores, objectivos e ideias.

O auto-conceito corresponde então à *“ideia que o sujeito faz de si próprio, sendo uma dimensão psicológica que busca as suas raízes no social e em que, o que é da ordem do interno se constrói e instala com base nas relações interpessoais – às quais estão sempre associadas crenças, valores e situações de vida”* (Noya & Leal, 1998 :463). O auto-conceito observado nesta perspetiva como resultado das interacções com o mundo e consigo próprio.

Casanova, introduz na conceptualização sobre auto-conceito a noção de identidade, conceito integrador e energia dos processos físicos e mentais: *“...construção que engloba e unifica os diversos processos psíquicos que o sujeito experimentou e que formam finalmente a sua própria imagem, a qual, por si mesma o identifica, o ajuda a perceber de forma positiva – construtiva – ou negativa – conflito emocional – a energia de auto-realização permanente ou tendência actualizante que nos configura frente a nós mesmos e para com os outros”* (Casanova, 1993: 177). Há uma necessidade

constante de procura do equilíbrio entre energias positivas-construções e energias negativas- conflitos. Neste último caso o conflito forma-se internamente, no confronto com o Eu, dados os inputs externos e internos.

É assim introduzida a ideia de multidimensionalidade e evolução na conceptualização do auto-conceito.

Pode-se então dizer que o auto-conceito é multidimensional, hierárquico, estável, com duas facetas – evolutiva e descrita – e, finalmente, diferenciável de outros constructos (Gonzalez-Pienda et al, 1992). Evolutivo porque está em progressivo desenvolvimento e reajustamento ao longo da vida do indivíduo e descritivo porque é único e identifica a pessoa por uma componente de estabilidade que é inerente ao seu próprio Eu.

O auto-conceito será então o ponto de referência significativa que as diversas percepções, sensações e experiências têm para a pessoa. Influenciando de forma decisiva, antes de tudo e sobretudo, a forma como uma pessoa vê os sucessos, os objectos e as outras pessoas que a rodeiam, no significado que para ela têm a percepção do mundo que a rodeia.

O nosso *Eu* faz com que cada um de nós viva num mundo muito distinto, tendo à frente estímulos exteriores objectivamente iguais, integrando sensações e percepções muito diferentes (Tausch-Tausch, 1981).

Podemos então inferir que o Auto-conceito é um marco de referência significativa, ampla e sistematicamente utilizado pelo indivíduo, para interpretar, compreender e organizar a informação sobre o eu e os outros. Condiciona o nosso processo perceptivo, podendo ou não produzir distorções no auto-conhecimento e no conhecimento dos outros e do meio que nos circunda e por tal suscitar alterações no comportamento do indivíduo.

Vaz Serra, de uma forma mais globalizante define auto-conceito como: “...a percepção que um indivíduo tem de si próprio nas mais variadas facetas, sejam elas de natureza social, emocional, física ou académica” (Vaz Serra, 1986: 57). Para este autor o auto-conceito não é mais do que um constructo hipotético e integrador, que ajuda a compreender a uniformidade, a consistência e a coerência do comportamento, a formação da identidade pessoal e porque se mantém certos padrões de conduta no desdobrar do tempo. Desempenhando assim, o papel importante, de elemento integrador. É colocada ênfase nos traços de estabilidade e de integração do auto-conceito.

Para Cardoso & Peixoto (1996), o estudo sobre o conhecimento do Eu (Self), é importante por razões que se prendem com o facto das pessoas não só processarem informação sobre elas próprias, como também actuarem com base nos resultados das representações que fazem delas mesmas.

A perspectiva de enfermagem na abordagem ao auto-conceito deve ser colocada no sentido da corrente Humanista e desenvolvimentalista, na medida em que para a disciplina de Enfermagem a compreensão do indivíduo não faz sentido, senão inserida na sua contextualização biopsicossocial, relacional, cultural, espiritual, emocional, económica e mesmo política. Há uma visão mais holística do homem, numa perspectiva mais sistémica da intervenção, que é necessariamente dinâmica.

1.1 - FACTORES DE INFLUÊNCIA NA CONSTRUÇÃO DO AUTO-CONCEITO

Percebemos até agora que o auto-conceito se desenvolve na auto-consciencialização das auto-percepções, que integram por si, as nossas representações e as representações que o outro faz de nós. Neste contexto existem factores de influência na construção do auto-conceito do indivíduo que são mais incontornáveis que outros, os quais não podemos deixar de referir.

Analisemos então, quatro tipos de influências que são, para Vaz Serra (1986), as de maior importância na construção do auto-conceito:

1) O modo como as outras pessoas observam um indivíduo:

E sobre este ponto refere-se ao “*fenómeno de espelho*”, em que o indivíduo tende a observar-se da maneira como os outros o observam.

Bednar et al (1989); Bandura (1977) e Tamayo (1985), introduzem, sobre este aspecto a noção de feedback interpessoal – o feedback para determinado indivíduo é percebido e controlado experimentalmente, o que vai dar origem a mudanças nas auto-descrições pessoais. Essas mudanças são influenciadas pela positividade ou negatividade do feedback, pela discrepância entre o feedback e as auto-descrições, pelo consenso dos outros no que respeita ao feedback e ainda pelas características da pessoa que emite o feedback. Por exemplo, nos anos 60 fumar era um gesto associado a algum bem-estar social, impregnado de sensualidade e até mesmo algum poder, era percebido um incremento de auto-estima no indivíduo fumador, actualmente o gesto de fumar é

considerado um processo de auto-destruição, falta de amor-próprio e destruição do outro e do ambiente. É com maus olhos que a sociedade vê o fumador, fumar está associado a doença, a dependência. O que se verifica são mudanças substanciais nos comportamentos sociais, que vão dar origem a mudanças nos comportamentos individuais através das auto-percepções negativas experimentadas.

A falta de autenticidade vivida internamente pelo sujeito, quer seja por causas psicológicas, de incongruência fenomenológica ou pela realidade que o circunda, interfere na sua capacidade de auto-construção pessoal e induz ao desenvolvimento de um auto-conceito inadequado, não concordante com as suas experiências pessoais. Existe, portanto, uma correspondência entre as experiências vividas e o modo como a pessoa se vê a si mesma (Tausch-Tausch, 1981).

Bednar (1989) fundamenta a sua noção de feedback interpessoal em dois pontos. Primeiro, todas as pessoas esperam algum “feedback” negativo do seu ambiente, o que algumas vezes pode ser válido, segundo, a maior parte das pessoas recebe regularmente “feedback” positivo, mas tende a não o ter em consideração. Há como que uma capacidade de selecção do auto-conceito em relação às situações que são mais significativas para o indivíduo. Este autor, tal como Bandura (1977), acreditam que o feedback verbal não é particularmente útil na estimulação do auto-conceito. Isto porque, o processo de auto-consciencialização e experimentação é fundamental para este constructo.

2) *A noção que o indivíduo guarda do seu desempenho em situações específicas -as experiências vividas e integradas:*

O indivíduo pode julgar que se sai bem ou mal ou que é competente ou incompetente em determinada situação. Bandura (1977) acredita que os indivíduos que se consideram competentes são mais directamente activos e determinados nos seus objectivos. Para este autor, a experimentação de novos comportamentos tem maior influência na estimulação do Auto-conceito e Auto-estima.

Para Fitts (1972) quanto melhor é o auto-conceito, melhor é o desempenho do indivíduo, desde que esteja em pé de igualdade em termos de aptidões com os outros, que lhe servem de comparação. Dependerá, segundo Campos (1982), de existir congruência ou incongruência entre as qualidades que o sujeito acredita possuir e as que realmente possui. O indivíduo que se considera competente e capaz está mais motivado, para repetir a experiência ou avançar para novas experiências (o que lhe desperta

sentimentos positivos e de realização pessoal), do que o indivíduo que se percebe como incapaz, que se defende no evitamento de sentimentos que percebe como negativos.

3) *O confronto da conduta da pessoa com a dos pares sociais com quem se encontra identificada:*

Segundo Shavelson (1982), as percepções que a pessoa tem de si própria, formam-se através da experiência pessoal e são influenciadas especialmente pelo confronto e interacção com as pessoas que significam algo para nós.

Casanova (1993), citando as teorias psicanalíticas da corrente Freudiana, refere a vida como um conflito entre duas forças: os grupos e sociedades e a pessoa como indivíduo. A tendência evolutiva e o bem-estar pessoal interno ou higiene mental dependerá do grau de construção dessa força vital, o que é corroborado por Campos (1982: 62) “*A vida é um constante despique de forças*”.

Assim, será no constante confronto com o outro, que o indivíduo cresce, se desenvolve e diferencia.

4) *A avaliação de um comportamento específico em função de valores vinculados por grupos normativos:*

A esse propósito refere Campos (1982), para que o indivíduo possa sentir uma consideração positiva por si mesmo, antes teve que sentir-se o objecto de consideração por parte dos outros. O indivíduo está atento às respostas dos outros a seu respeito e as suas percepções das respostas dos outros a si próprio, influenciam gradualmente a construção do Auto-conceito (Campbell, 1990).

Assim, as avaliações pessoais são por vezes o fruto de comparações sociais. Nestas, o indivíduo geralmente compara-se com determinado grupo, que constitui por si uma fonte de normas e de valores, é um grupo normativo. Se constituir um grupo que lhe dá os padrões de auto-avaliação, é um grupo comparativo (Vaz Serra, 1986: 64).

Para Shavelson et al (1976), as influências sobre a construção do auto-conceito e formação de percepções, são três: a experiência com as interpretações que o indivíduo faz do ambiente que o circunda; os reforços e avaliações que recebe ao longo do crescimento das pessoas que para si são significativas (família, grupos, pares, indivíduos); as atribuições que o próprio indivíduo faz ao seu comportamento.

Para Heller e Kornfeld (1986) há cinco factores que influenciam o auto-conceito: a percepção prévia das avaliações acerca do Eu, feita por outros significativos; a

experiência prévia de crises de desenvolvimento ou situacionais e a maneira como foram resolvidas; as experiências passadas e integradas com sucessos e fracassos e expectativas actuais do Eu; os sentimentos positivos e negativos do auto-valor desenvolvidos a partir de experiências interpessoais; o nível de funcionamento fisiológico (doença física e/ou mental ou não).

1.1.1 - Regulação do auto-conceito

Já referimos a característica do auto-conceito ser único, o que está ligado à identidade individual, à sobrevivência, e a sua selectividade, com tendência para dar relevância aos aspectos que o indivíduo considera mais importantes. Está subjacente uma regulação interna do auto-conceito.

Há autores como Franken (1998), que defendem que esta auto-regulação do auto-conceito se faz através de três estruturas organizativas: o *Eu instrumental*, o *Eu expectante* e o *Eu monitorizado*.

O *Eu instrumental*, providencia informação sobre o que vai acontecer se emitirmos determinado tipo de comportamento. Ou seja, o que é que o mundo nos vai responder. Esta informação refere-se, com frequência, às consequências das interacções ou ao seu fracasso e com as expectativas em relação aos outros significativos.

O *Eu expectante* providencia informação sobre o que gostaríamos que acontecesse se nos envolvêssemos em determinada actividade. Isto é, se a resposta que esperamos em relação a determinado acontecimento não é coincidente com a que obtemos. As nossas expectativas ficam goradas, ou seja, a informação que possuíamos não correspondeu à realidade. Esperamos determinadas respostas, dependentes duma variedade de factores, que se baseiam nas experiências passadas. A representação de determinadas competências são, para Franken (1998), “*uma função clara de sobrevivência*”. Conhecendo o que espera, o indivíduo prepara-se para a resposta. Ou seja, o que é que, e de que forma, vamos responder ao mundo. Se espera sucesso ou insucesso, sabe como actuar a seguir. Para o autor supracitado, o *Eu expectante* é mais do que um somatório das nossas experiências passadas, uma vez que providencia toda a motivação para os nossos planos, como por exemplo, a dificuldade de passar a uma meta mais difícil quando continuamos a falhar numa mais fácil. Para Higgins (1996), é um estado de predisposição, fornece o impulso para a acção, mas a acção específica é determinada por outras partes do Eu (cit. por Franken, 1998).

O *Eu monitorizado*, providencia informação sobre a forma como estamos a desenvolver determinado comportamento em relação a determinado objectivo ou estado desejado, isto é, o Eu monitorizado existe para ajudar a reduzir as discrepâncias entre o Eu real e o Eu ideal. Ou seja, informa-nos sobre a forma como nos estamos a sair em relação às necessidades e desejos. “*O comportamento motivado emerge das discrepâncias entre o ideal e o esperado*” (Higgins, 1996; cit. por Franken, 1998), assumindo que a focalização do indivíduo nas discrepâncias facilita atingir determinada meta.

Estes instrumentos organizadores e reguladores do auto-conceito complementam-se. Daqui emergem algumas funções do auto-conceito.

1.1.2 - Funções do Auto-Conceito

Muitos teóricos acreditam que o auto-conceito determina, em última análise, os objectivos/ metas que estabelecemos, a forma como avaliamos o nosso progresso em direcção a estes e o impacto dos nossos sucessos e fracassos nos objectivos e metas que estabeleceremos no futuro. “*Pesquisas mostram que o sucesso não é determinado pela inteligência, mas sim pelo modo como pensamos sobre o mundo*” (Seligman, 1990; Epstein, 1991; cit. por Franken, 1998).

Alguns indivíduos aprenderam a pensar de forma muito positiva, de um modo que os levou a ser bem sucedidos, enquanto outros pensam de forma mais negativista, mais destrutiva, o que os leva sistematicamente ao fracasso. Esta forma de pensar é longitudinal, atravessa o passado, o presente e o futuro. Está implícita uma certa previsibilidade e consistência do comportamento. Trata-se um pouco de encontrar sentido para os nossos comportamentos.

Alguns teóricos definiram três (3) funções principais do auto-conceito (Erikson, 1950; Markus, 1986; Deci & Ryan, 1991; Higgins, 1996; cit. por Franken, 1998):

- 1- Fornecer informação, que nos permite fazer julgamentos sobre o que podemos ou não fazer. Por vezes esta informação não é fidedigna, ou seja, não corresponde à realidade e por vezes ainda nem foi testada em experiências sociais. Indivíduos cujo auto-conceito subestima as suas capacidades, têm dificuldades no desenvolvimento de aspirações e até mesmo no estabelecimento de objectivos um pouco mais difíceis. Outros há cuja informação funciona rigorosamente no sentido oposto, têm tendência para estabelecer objectivos

difíceis, porque o seu auto-conceito lhes permite acreditar que são capazes de os alcançar. Está como que subjacente a informação de que têm capacidade de aprender, de levar a cabo as tarefas e de encontrar o caminho certo;

- 2- Fornecer contexto, os indivíduos têm tendência para observarem o feedback relacionado com o seu comportamento, no contexto das suas aspirações e objectivos. Por exemplo, receber uma avaliação de catorze (14) valores pode não ter grande significado para quem só deseja passar de ano, mas assume grande importância para quem deseja prosseguir para a universidade. Progredir na carreira e no nível de responsabilidade no trabalho, pode não ter qualquer importância para um indivíduo que não se interessa, não está motivado e não tem qualquer tipo de aspirações profissionais, mas assume uma importância fundamental num indivíduo que gosta do seu trabalho, está motivado, têm aspirações e se esforça por atingir os seus objectivos. O contexto, depende em certa medida, das expectativas que formulámos acerca da informação que temos;
- 3- Fornecer Integração, na medida em que, integra globalmente a informação armazenada sobre o Eu. O sentido de identidade dá ao indivíduo a capacidade de perceber o Eu como algo contínuo e uniforme, o que, por vezes, pode dificultar a mudança, pela necessidade de abdicação, pelo menos momentânea, do sentido de quem somos ou estamos destinados a ser.

O auto-conceito é aprendido, no sentido da auto-consciencialização das crenças, atitudes e julgamentos do que nos rodeia e construído, no desenvolvimento de novas crenças e atitudes, na interacção com o meio ambiente.

1.2 - CARACTERÍSTICAS DO AUTO-CONCEITO

Já percebemos então que o auto-conceito é uma estrutura complexa, construída ao longo da vida do indivíduo, favorecida por uma certa estabilidade (como que um traço pessoal) que se identifica com o próprio indivíduo, mas também dinâmico na interacção.

Dinâmico porque ininterruptamente interpreta e organiza acções e experiências relevantes para o Eu, o que consequentemente medeia e regula os comportamentos e os

afectos (Oosterwegel & Oopenheimer,1993). Pode mudar, por influências internas ou externas ao indivíduo, em resposta a novas experiências e às interações que estabelece, tendo por base conteúdos avaliativos e descritivos, como ser biopsicossocial e cultural.

Foram até agora focadas diversas características do auto-conceito, como a sua multidimensionalidade, as suas diversas facetas, a sua estrutura, o cunho pessoal (carácter avaliativo) e uma certa hierarquização.

Fitts (1972) refere que o auto-conceito tem a característica de atravessar, condensar ou capturar a essência de muitas outras variáveis como as motivações, necessidades, atitudes, valores, personalidade, etc., sendo assim uma variável mais simples com que podemos lidar. Nesta perspectiva intervir no auto-conceito, significa alterar as outras variáveis.

Mas foi Shavelson (1982) quem sistematizou e descreveu aquilo que considerou as características mais importantes do auto-conceito:

Está **organizado ou estruturado**, pelo modo como as pessoas agrupam em categorias a vasta informação que obtêm sobre si próprias e do modo como essas categorias se relacionam. A importância que cada um lhe atribui.

É **multifacetado**, e uma faceta particular reflecte o sistema de categorias adoptado por um indivíduo e/ou grupo. Tende a tornar-se multifacetado, à medida que o indivíduo evolui da infância à idade adulta.

É **hierarquizado**, com as percepções e avaliações daquilo em que se acredita e dos comportamentos, baseados em inferências móveis, divididas em subáreas, que vão ascendendo e progressivamente atingindo níveis superiores. Maslow (1954), defende a hierarquização do auto-conceito, um pouco à semelhança da hierarquia das necessidades, satisfazem-se as mais básicas e vamos evoluindo para a satisfação das mais complexas.

É **estável**, de um modo geral, mas consoante se desce na hierarquia e a situação se torna mais específica, o auto-conceito tende a tornar-se menos estável.

É **bidimensional**, possui ao mesmo tempo duas dimensões: a descritiva e avaliativa. Os indivíduos descrevem-se a si próprios (eu sou feliz) e avaliam os seus comportamentos (eu fiz bem o meu trabalho e fiz-lo desta forma).

1.2.1 - Auto Conceito “Estado” ou “Traço”

A questão da estabilidade do auto-conceito ainda merece, por parte de alguns investigadores, alguma discussão académica, sendo por isso alvo de alguma polémica.

Há autores que defendem uma certa estabilidade do auto-conceito geral (como uma característica da personalidade, ligado à identidade) e outros, mais adeptos das teorias mais humanistas que favorecem mais as características evolutivas e dinâmicas do auto-conceito. O consenso está em assumir ambos os aspectos como parte do auto-conceito.

Do ponto de vista histórico é mais definido como *traço*, na *constância* que mantém ao longo do tempo, apresentando uma certa ideia de consistência e estabilidade do auto-conceito, apontando a capacidade de resistência do indivíduo à informação contrária aos seus pontos de vista predominantes ou desvalorização de comportamentos divergentes do seu, o que é corroborado por diversos estudos (Carlson,1965; Engel,1965; Bachman & O'Malley,1997; Rosenberg, 1979; Tesser & Campbell,1983; Swann,1985).

Os defensores do auto-conceito como *estado* colocam a relevância na *situação*. Certas pessoas em determinadas situações podem mudar temporariamente a sua auto-avaliação, defendendo uns, que a maior parte da variância do comportamento é devido a variáveis situacionais e outros, que tendo origem nas situações sociais, o auto-conceito tem de se alterar com os diversos contextos dos sujeitos (Argyle & Litle, 1972; Gécas, 1982; Musitu,1984).

A generalidade dos investigadores na actualidade tende a considerá-lo dual, considerado simultaneamente como *estado* e *traço*. É a posição mais moderada, reconhecem diversas facetas do auto-conceito consoante o contexto (académico, profissional, social, emocional, físico, etc.) e uma mudança ordenada, caracterizada por uma certa constância ao longo do tempo. Isto explica-se pelo facto de se considerar que, sentimentos e atitudes em relação ao próprio, variam consoante as situações em que o sujeito se envolve, da mesma forma que um julgamento global do seu valor permanece estável ao longo do tempo (Markus & Kunda, 1986; Kohut, 1988; Vaz Serra, 1986; Campbell & Lavalley, 1993; Franken, 1998).

1.3 - COMPONENTES DO AUTO-CONCEITO

A estrutura do auto-conceito, está directamente implicada com um dos postulados de Shavelson, o facto do auto-conceito ser multifacetado, isto é, tender a tornar-se multifacetado. Estas diversas facetas do auto-conceito têm a ver com os componentes do Auto-conceito.

Segundo Thelan et al (1993), o auto-conceito humano compreende atitudes relacionadas consigo próprio, percepção das capacidades pessoais, imagem física e identidade, e, um sentido geral do seu valor. Para estes autores, do auto-conceito fazem parte quatro sub-componentes: a auto-estima; imagem corporal; desempenho de papéis; identidade pessoal. Pressupondo a alteração no auto-conceito, perturbações de um ou mais dos seus quatro sub- componentes.

Vaz Serra (1988) refere as diversas facetas que estruturam o auto-conceito como sendo: as auto-imagens; a auto-estima; o auto-conceito real/o auto-conceito ideal; as identidades.

1.3.1 - Auto-conceito e auto-imagens

Para Vaz Serra (1988), as auto-imagens são o produto das observações em que o indivíduo se constitui o objecto da própria percepção. Podem ser em número diverso (coincidindo com a diversidade de papéis desempenhados pelo indivíduo, como progenitor, como filho, como profissional, como desportista, etc.) não sendo o número propriamente importante. Para este autor o que tem significado é a sua organização hierárquica e o valor atribuído pelo próprio ao que representam e a relação que estabelecem entre si. A auto-imagem mais forte e positiva terá que estar associada ao seu papel mais importante.

Gonçalves (1988-1989), refere-se às imagens como, “...*blocos de informação armazenada, constituintes dos esquemas de decisão (...) revisíveis, dinâmicas e que, interagindo entre si, condicionam a qualidade da acção...*” (in. Gonçalves, 1993: 9-10). As auto-imagens predeterminam auto-observações e auto-avaliações, predizendo comportamentos e atitudes.

1.3.2 - Auto-conceito e Identidades

As identidades têm a ver com os conteúdos das imagens que temos de nós (auto-imagens) e para Gécas (1982), reflectem o conteúdo e a organização da sociedade. Dão significado ao Eu como objecto de observação, ligam o Eu aos sistemas sociais. Para este autor, a estrutura das identidades dos seres humanos têm atravessado, ao longo da história, grandes variações. O que numa época, em determinada sociedade é apreciado, noutra é desvirtuado ou colocado num plano secundário. O conceito de homem evolui.

No aspecto das identidades o que se torna importante para Zimbardo (1972) são as Identidades prescritas, introduzidas por ele a partir da sua prática clínica. As Identidades prescritas, segundo este autor, correspondem à tendência que por vezes há, em determinados familiares, de prescreverem aos seus filhos ou membros, determinadas identidades (objectivos não conseguidos anteriormente pelo próprio e que pretendem ver alcançados através de outro elemento da família) que procuram ir ao encontro não do desejo da própria pessoa, mas de quem exprime ou luta por essa identidade. Esta identidade pode não fazer parte dos objectivos da pessoa em causa, tornando-se assim fonte contínua de desajustamento, frustração e transtornos emocionais, com influência no desenvolvimento de um auto-conceito mais empobrecido. Um exemplo do que acabámos de referir será a imposição aos filhos, de profissões desejadas e valorizadas pelos pais.

Se o conteúdo e organização do auto-conceito do indivíduo não corresponde de alguma forma aos princípios básicos valorizáveis pela sociedade e aos seus conteúdos, então o indivíduo reage, com desajustamento ou tentando o reajustamento.

No que respeita às identidades podemos ainda acrescentar que assentam em processos de moldagem e aprendizagem social que o indivíduo faz ao longo da sua vida em interacção com as pessoas significativas no seu próprio ambiente. Esta socialização desperta emoções positivas nos comportamentos que gratificam e emoções negativas nos comportamentos que punem (Vaz Serra, 1986).

A moldagem é feita até à altura em que o indivíduo adquire princípios próprios de auto-regulação e forma o seu próprio esquema, o que segundo Martin (cit. por Vaz Serra, 1986), é decorrente das contingências estabelecidas pelas pessoas significativas do seu meio ambiente, aos comportamentos revelados pelo indivíduo. Relacionam-se com a aprendizagem de respostas afectivas associadas com acções anticipatórias de certos pensamentos ou transgressões e particularmente, com a aprendizagem de respostas empáticas, decorrentes da observação de modelos significativos.

Para Carreira (1996), “A *identidade é aquilo pelo qual uma pessoa, um grupo familiar, profissional, cultural, se reconhece a si próprio e é reconhecido pelos outros (...). Não é estática, mas de natureza dinâmica. Dinâmica essa que nos permite fazer projectos, integrar com relativa rapidez outros valores, adaptar-nos a outro meio*”.

A identidade pressupõe a história de vida do indivíduo, o percurso individual, integrado pelo percurso dos outros significativos.

1.3.3 - Auto-conceito e Imagem física ou corporal

A imagem física é o retrato mental que cada um tem do seu corpo e funcionamento físico em qualquer altura. É baseada nas percepções do passado e do presente e inclui as atitudes e sentimentos de cada um. Desenvolve-se a partir de alterações das sensações posturais internas, contacto com as pessoas e objectos do meio-ambiente, experiências emocionais e fantasias (Silverman et al., 1985).

A imagem física é segundo Thelan et al (1993), uma parte estável do auto-conceito, mas modifica-se ao longo do tempo, influenciada pelo crescimento cognitivo e pelo crescimento e desenvolvimento físico.

As causas das alterações da imagem física podem ser biofísicas, cognitivo-perceptuais, psicossociais, culturais ou espirituais. As alterações aumentam quando a pessoa não consegue aperceber-se ou adaptar-se a um corpo que mudou, o que é frequente em estadios de vida como a adolescência e o envelhecimento. Tais alterações são manifestadas através de uma resposta verbal ou não verbal às mudanças de aparência, estrutura ou função, quer sejam reais ou imaginadas (Thelan et al, 1993). As mudanças quando ocorrem dependem da capacidade adaptativa da pessoa, do feedback psicossocial, das respostas de outros significativos, dos valores culturais (integridade, independência, atractividade, etc), variando de indivíduo para indivíduo.

A propósito da imagem física são introduzidos termos como: “*Fronteiras do corpo*”, como a demarcação entre o Eu e o meio ambiente; “*Padrão de consciência do corpo*”, como a variação na atenção dada às diferentes partes do corpo, sendo que há partes que tem um significado simbólico maior ou são mais ameaçadas.

Esta componente do auto-conceito pode ser assumida como a mais importante na medida em que, as experiências com o corpo podem ser ampliadas, minimizadas ou hipervalorizadas ao ponto de se tornarem o centro da atenção e a parte predominante do auto-conceito (por exemplo no narcisismo, na anorexia e na bulímia), nomeadamente

em períodos específicos do ciclo vital, como a adolescência ou os momentos normativos de crise desenvolvimental (como por ex. a gravidez, a menopausa, a andropausa, etc.). O auto-conceito físico descreve concretamente: qual é a nossa aparência, qual o nosso sexo, altura, peso, etc.

1.3.4 - Auto-conceito e desempenho de papéis

O desempenho de papéis tem a ver com a organização social, o indivíduo desempenha diversos papéis sociais, que só ganham sentido nas interações com os outros.

Os papéis são uma parte importante do auto-conceito, são criados e modificados nas interações, sendo que, a escolha do papel por cada um reflecte as suas crenças e sentimentos (Thelan et al, 1993). Segundo estes autores podem-se diferenciar papéis primários (referem-se ao género: mulher, homem, idade e estadio de desenvolvimento), papéis secundários (os de filha, irmã, pai, avó, etc.) e papéis terciários (os que são assumidos pela escolha, tais como sacerdote, esposa, chefe de turma, etc.). A doença quando aparece interrompe o desempenho dos papéis secundários e terciários. As alterações dos papéis surgem quando o indivíduo passa por dificuldades em fazer mudanças ou transições de vida (Relvas, 1996). As transições de vida podem envolver perdas, ganhos, factores desenvolvimentais, situacionais (crises) ou de saúde/doença.

Os factores causais nas alterações dos papéis podem ser, entre outros, a falta de modelos significativos do desempenho, incapacidade para aprender novos papéis devido a transições de vida e dificuldades cognitivo-perceptuais.

As alterações dos papéis podem manifestar-se de diversas maneiras: mudança de auto-percepção do papel; negação do papel; mudança na percepção dos nossos desempenhos; conflitos de papéis; mudança na capacidade física para reassumir o papel; falta de conhecimento do papel; mudança nos padrões habituais de responsabilidade; qualquer doença crítica ou crónica (Thelan et al 1993).

Transições de vida e mudanças rápidas (determinadas por crises situacionais) determinam mudanças nos papéis dos indivíduos e famílias, o que pressupõe novos conhecimentos e comportamentos, logo mudanças num dos componentes do auto-conceito. Os papéis são criados e modificados nas interações e a escolha do papel por cada um reflecte as suas crenças e sentimentos.

1.3.5 - Auto-conceito real e auto-conceito ideal

O *auto-conceito real* é como o indivíduo se percebe, descreve e avalia, tal como é na realidade. O *auto-conceito ideal* corresponde aos atributos ou à forma que determinado indivíduo gostaria de ter ou ser. É suposto representar qualidades humanas que são valorizadas pelo meio socio-cultural.

Segundo Vaz Serra (1988), o auto-conceito real foi introduzido nas ciências psicológicas para estabelecer a diferenciação do auto-conceito ideal, sugerindo que a diferença entre os dois é um indicador de auto-aceitação, satisfação e ajustamento pessoal. Quanto menor for a diferença, maior é a probabilidade de que o indivíduo se aceita a si próprio tal e qual é. Quanto maior a diferença entre os dois, maior é o desajuste.

Um auto-conceito ideal francamente superior ao real, torna grande a probabilidade de estarmos na presença de um indivíduo francamente insatisfeito consigo próprio, com ideais irrealistas.

Este autor faz ainda referência ao **auto-conceito aspirado**, ligado às situações a que cada um aspira chegar, com uma percepção mais realista. Para William James (cit. por Peixoto & Almeida, 1997), a relação entre o nível de aspiração do indivíduo e o seu nível de sucesso, resulta na auto-estima, isto é, a relação entre a forma com o indivíduo se vê (auto-conceito real) e o que gostaria de ser (auto-conceito ideal), mediado pelas aspirações individuais (auto-conceito aspirado), conduzem à percepção de valor que o indivíduo tem de si.

1.3.6 - Auto-Conceito e Auto-Estima

É um dos mais importantes componentes do auto-conceito, inclui não apenas reconhecimento perceptivo, como componentes avaliativas e essencialmente afectivas e emocionais.

Como já referimos verifica-se uma utilização, frequentemente indiscriminada, dos termos auto-estima e auto-conceito, quando se tratam de duas entidades psicológicas distintas que reenviam o indivíduo para diferentes avaliações do Eu, o que é referido por diversos autores (Veiga, 1995; Peixoto & Almeida, 1997; Franken, 1998).

Ao auto-conceito, duma maneira geral é atribuída uma dimensão mais cognitiva e comportamental, sendo mais abrangente e de auto-avaliação contextualizada. Á auto-

estima é atribuída uma componente mais afectiva, sendo uma sub-componente do auto-conceito e de avaliação auto-descontextualizada.

A auto-estima pode ser considerada como “*resultante da avaliação global que o sujeito faz das suas qualidades, possuindo uma componente fundamentalmente afectiva*” (Peixoto & Almeida, 1997).

Tal como o auto-conceito, a auto-estima pode ser observada como um *traço* de personalidade (Rimé & Leyens, 1975), que concerne o valor (afectos e emoções) que um indivíduo atribui à sua própria pessoa. Para Campbell e Lavalley (1993), a auto-estima pode igualmente ser considerada, simultaneamente, como *traço* e como *estado*, ao considerar-se que os sentimentos e as atitudes em relação ao próprio, variam consoante as situações em que o sujeito se envolve, da mesma forma que um julgamento global do seu valor permanece estável ao longo do tempo.

A auto-estima foi considerada, como uma função dos sentimentos pessoais de adequação do sujeito, como uma resultante da medida em que este se tornou apto, pelo seu passado, para satisfazer as suas necessidades pessoais (Anjos e Monge, 1991: 27). Isto é, refere-se a juízos pessoais acerca das capacidades de organizar e levar a cabo actividades, em situações diversas, passíveis de serem imprevisíveis e geradoras de stress.

É um conceito dinâmico, que envolve mudanças, um sentimento pessoal e também uma auto-avaliação ou julgamento do valor de uma pessoa (Atkison e Murray, 1989).

As diferentes dimensões do auto-conceito possuirão diferentes pesos no seu contributo para a auto-estima.

A auto-estima é a parte afectiva do auto-conceito, mediada por um processo avaliativo. Consiste num processo avaliativo que o indivíduo estabelece acerca das suas qualidades ou desempenhos, virtude ou valor moral. É o produto dos julgamentos que a pessoa faz de si própria de onde decorrem atribuições de bom e de mau, feitas a aspectos considerados relevantes da sua identidade. As diferentes dimensões do auto-conceito possuirão diferentes pesos no seu contributo para a auto-estima.

Há pessoas com auto-estima elevada e outras com baixa auto-estima. As primeiras tendem a julgar-se amadas ou apreciadas no que fazem, as segundas estão dispostas a auto-depreciarem-se.

A auto-estima encontra-se intimamente associada aos fenómenos de compensação ou descompensação emocional do indivíduo. É da avaliação que surge o aspecto

afectivo e emocional (“*as emoções que as avaliações são capazes de evocar*”) (Vaz Serra, 1998: 102).

Os indivíduos cuja auto-estima é elevada são, mais do que outros, capazes de seleccionarem tarefas, nas quais as suas possibilidades de sucesso são grandes. Em presença de uma tarefa, o indivíduo será motivado a realizar um desempenho consistente com a sua auto-imagem, sobre o qual antecipa emoções gratificantes. Se a auto-estima é elevada só um desempenho de alto nível permitirá resultar num conhecimento consistente e, a partir daí, o indivíduo motivado para levar a cabo a tarefa. A auto-estima resultará assim da percepção de competência (auto-conceito de competência) que o sujeito terá nas dimensões que considerar importantes.

Maslow (1954) definiu auto-estima como uma “*necessidade humana básica*” e dividiu-a em dois conjuntos de necessidades relacionadas à estima. Estes conjuntos incluem as qualidades necessárias para sentir e acreditar que se tem valor e que se é amado, ou seja, as qualidades para alcançar uma elevada auto-estima:

- No primeiro conjunto estão os desejos que não requerem interacção com os outros. Os desejos de força, realização, de ser adequado, de perícia, competência, confiança e independência.
- No segundo conjunto, os desejos que requerem interacção com os outros. As qualidades de prestígio, status, dominância, dignidade e apreciação.

Baseado nas necessidades de auto-estima de Maslow, Jean Clarke (1978), definiu a auto-estima como a avaliação que uma pessoa faz, sobre até que ponto é capaz (primeiro conjunto de Maslow) e digna de ser amada (segundo conjunto de Maslow), sendo a auto-estima alimentada pelo reconhecimento que uma pessoa tem das suas capacidades e do quanto é digna de ser amada.

Bolander (1994) dividiu a auto-estima em dois grupos: Auto-estima global e Auto-estima específica: sendo a auto-estima global, a medida de aferição de como alguém se apercebe de si na sua totalidade e a auto-estima específica, a medida de aferição pela qual cada um aprecia uma parte específica de si próprio, à qual atribui um valor especial.

Há autores que defendem ainda uma relação parcial da auto-estima com condições materiais, económicas e sociais (Thelan et al, 1993). Uma baixa auto-estima, prejudica a capacidade de adaptação. Uma auto-estima elevada ajuda a lidar com o que nos rodeia e a enfrentar crises ocasionais e de maturação de vida.

Para Vaz Serra (1986), pessoas com uma auto-estima bem consolidada sofrem menos riscos de alterações do que as que não a têm.

Podemos acrescentar então que se torna imperioso e primordial, a manutenção de um olhar positivo sobre si, os outros e a vida, integrando as mudanças que possam ocorrer.

Atkinson e Murray (1989), quando se referem à auto-estima, falam ainda de *sistema compensatório de segurança* ou *auto-estima não acurada* ou *pseudo auto-estima*, termos introduzidos por Chrzanowski (1981), como sendo a projecção para os outros de uma imagem de auto-valorização positiva quando, na realidade, o seu senso de valor é baixo. O indivíduo pode externamente projectar uma imagem de auto-confiança, numa tentativa de esconder uma baixa auto-estima. A aparência de se sentir bem consigo mesmo é apenas uma aparência. O que se vê na realidade é o sistema de segurança da pessoa ou a pseudo-auto-estima. Uma auto-estima defensiva e de evitamento de ruptura, do Eu real com o Eu ideal.

A auto-estima não acurada ou pseudo auto-estima pode ser explicada como uma auto-decepção, resultante de um choque maior entre o Eu verdadeiro (o que se é realmente) e o Eu ideal (o que se gostaria de ser), mais uma vez a ruptura entre auto-conceito real e ideal. O indivíduo substitui uma auto-estima correcta por um sistema de segurança, negando a sua auto-consciencialização.

Um auto-conceito saudável é um pré-requisito para uma auto-estima elevada. “A *auto-estima correcta é um julgamento e um sentimento de auto valorização que se desenvolve a partir de um auto-conceito saudável baseado em auto-consciência*” (Atkinson e Murray, 1989: 574).

As alterações na auto-estima surgem basicamente quando o indivíduo sente uma diminuição do seu próprio valor, do auto-respeito, auto-aprovação e auto-confiança, por factores como, interacções negativas repetidas com outros significativos e dificuldades cognitivo-perceptuais (Thelan et al, 1993). Para estes autores as alterações da auto-estima podem-se manifestar de diversos modos, tais como: incapacidade para aceitar reforços positivos; falta de encaminhamento; auto-negligência; comportamento auto-destrutivo; evitamento no contacto visual, etc.

Parece-nos de grande importância a manutenção da auto-estima num nível satisfatório. A aprendizagem social do “*amor-próprio*” pode ser adequada ou perversa na infância, servindo de base à capacidade de lidar com as diversas situações de stress social ou emocional que possam surgir ao longo da vida, sendo que, pessoas com um forte sentido de amor-próprio são mais felizes, ajustadas e competentes.

Segundo os investigadores há uma ligação confirmada entre baixa auto-estima e doença mental (Vaz Serra, 1986; Thelan & al, 1993). No que se refere à doença biológica, o envolvimento não é tão estreito. A auto-estima parece ser inversamente proporcional à agudização ou gravidade do problema de saúde, percepção do estado de doença e aumento do grau de incapacidade. Pode-se então dizer que, indivíduos com problemas de saúde terão tendência para baixar a sua auto-estima.

Há autores que ainda se referem a uma *auto-estima básica* (que pressupõe uma auto-estima precocemente estabelecida e solidamente desenvolvida) e uma *auto-estima funcional* (o nível de auto-estima que pode ser alterado no dia-a-dia de acordo com as interacções que se vão processando), podendo esta ser maior ou menor que a auto-estima básica.

Thelan et al (1993) descrevem três condições especialmente importantes no desenvolvimento da auto-estima: total ou quase total aceitação da criança pela família ou pessoas significativas; limites claramente definidos, que sejam razoáveis, racionais e reforçados, durante a infância e adolescência; respeito e autorização para a autonomia (acções individuais), dentro dos limites definidos.

Outras condições, para uma manutenção desejável da auto-estima, mais designadas para o adulto, são referidas por Folkman et al (1986): o estatuto e posição que o indivíduo ocupa no mundo e sucessos anteriores; os valores e aspirações que prosseguimos; a forma como cada um responde a experiências desvalorizadoras.

A auto-estima no adulto é afectada pelas relações íntimas, pelo progresso nas relações sociais e evolução na carreira (Thelan et al, 1993). Podemos então concluir que, uma auto-estima elevada está associada a baixa necessidade de aprovação social, a conforto na intimidade, auto-revelação e capacidade para aceitar insucessos pessoais. As pessoas com baixa auto-estima sentem frequentemente ou sempre a possibilidade de serem menosprezadas e desdenhadas.

Segundo Taberero (1983), a auto-estima é assim a valorização que o sujeito faz de si mesmo, em determinado momento da vida (*Eu real* – auto-conceito), na relação com as suas aspirações, objectivos e circunstâncias (*Eu ideal* – metas), derivada da sua ideia do próprio Eu, das experiências de êxito ou fracasso, das suas iniciativas e das suas relações interpessoais e de aceitação e valorização de si próprio, percebidas nos outros (*Eu social* – os outros). Trata-se então da relação entre os três *Eu*, real, ideal e social (cit. por Lazarus e Folkman, 1985).

1.4 - MODELOS DE AUTO-CONCEITO

Da teorização sobre auto-conceito foram emergindo modelos de abordagem, que deram origem a diferentes correntes.

A Teoria Diferencial parte do pressuposto de diversos auto-conceitos, com diferentes graus de importância. Centra-se essencialmente na análise, classificação e confirmação da multidimensionalidade deste constructo. Reconhecem-se alguns teóricos como, James (1890); Cooley (1902); Mead (1934); Lewin (1935);

A Perspectiva Behaviorista legitimou conceitos como, a consciência e o Self (Eu) como agente e objecto da consciência. Consideram que apenas se podem usar os *processos internos* (os externos não os negam, mas está subjacente uma certa recusa) para explicar comportamentos quando estes possam ser observados e avaliados. Reconhecem-se seguidores como, Rogers e Dymond (1954); Sarbin (1954) e Allport (1961) cit. por Veiga (1991);

Perspectiva do Conservadorismo Cognitivo, um outro modelo compreensivo do auto-conceito. Para Markus et al (1985) este modelo é centrado no auto-conceito como um conjunto de estruturas cognitivas (self – esquemas ou esquemas mentais), que permitem a um indivíduo actuar com perícia e habilidade num determinado campo de actividade social e influenciam as suas percepções e comportamentos. Esses esquemas mentais tornam-se gradualmente resistentes à informação que lhes é inconsistente (ou não é relevante para o indivíduo). São geradoras e mantensoras de determinado comportamento. Ocorrendo uma tendência para um certo conservadorismo cognitivo, que organiza as percepções, as memórias, os próprios esquemas de referência, de importância fulcral na formação das identidades significativas para o indivíduo. Para Vaz Serra (1988), esta teoria é sugestiva da existência de memórias selectivas, geradoras e mantensoras de determinado comportamento.

O Paradigma Cognitivo-Social, que coloca o ênfase nos factores contextuais e no processamento da informação. Centra-se essencialmente no modo como se adquire, armazena, recupera e utiliza a informação que é relevante para o indivíduo. Ligado ao *Interaccionismo Simbólico e à Fenomenologia*, tenta compreender o indivíduo como estrutura e representação cognitiva do mundo, atendendo às suas referências, isto é, atende à forma como as pessoas se percebem a si próprias como tal e aos outros. Defende que o estudo do auto-conceito seja efectuado através de métodos auto descritivos, em que o indivíduo possa descrever as suas experiências conscientes. Teoria

de grande importância para o estudo do auto-conceito, onde surgiram grandes teóricos conhecidos sobre a matéria como (Purkey & Novak, 1984; Marsh, Byrne & Shavelson, 1988; Piers, 1988; Schlenker, 1985; Shavelson et al., 1976-1982; Bandura, 1977-1997);

Shavelson et al (1976), na perspectiva do paradigma cognitivo-social, desenvolvem o ***modelo hierárquico do auto-conceito*** que posteriormente foi rectificado por Shavelson e Bolus (1982) e Marsh e Shavelson (1982-1986). Este modelo está actualmente confirmado por inúmeros estudos empíricos. O auto-conceito é observado como multifacetado, multidimensional e hierárquico, reflectindo cada faceta o sistema de categorização adoptado por um indivíduo.

A teoria cognitivo-social de Bandura ou Teoria da Auto-Eficácia (1977-1997), também nasce do paradigma cognitivo-social. Segundo esta teoria, os indivíduos interpretam e avaliam as suas próprias experiências e os seus processos de pensamento. Os determinantes prévios da sua conduta, como o conhecimento, a habilidade e os ganhos anteriores, predizem a conduta subsequente de acordo com as crenças que as pessoas sustentam sobre as suas habilidades e o resultado dos seus esforços.

As auto-avaliações dos indivíduos sobre os resultados das suas condutas informam e alteram tanto o ambiente, como as suas próprias crenças que, por sua vez, informam e alteram as condutas subseqüentes. Foi a esta conceptualização que Bandura chamou o “*Determinismo Recíproco*”; a visão de que os factores pessoais sob a forma de pensamentos e representações, afectos e factores biológicos, por um lado, e condutas e influências do meio-ambiente, por outro, criam interacções que produzem uma reciprocidade triádica.

Porque a personalidade individual está socialmente enraizada e funciona sob influências socio-culturais, os indivíduos são produtos e produtores dos seus próprios ambientes e dos seus sistemas sociais. Neste ponto de vista, o auto-conceito, auto-sistema que envolve estas estruturas cognitivas e afectivas, tem um papel determinante na manutenção dos mecanismos de referência e sobre as sub-funções da percepção, regulação e avaliação do comportamento.

As pessoas utilizam de forma intuitiva o processo das crenças; comprometem-se com determinada conduta, interpretam os resultados das suas acções e usam essas interpretações para desenvolver as crenças sobre a sua capacidade de se comprometerem em comportamentos subseqüentes em domínios idênticos. Esta forma de auto-referência permite aos indivíduos a avaliação e alteração do seu próprio pensamento e da sua conduta. Estas avaliações incluem percepções de *auto-eficácia*,

que são, como define Bandura (1977-1997), “as crenças e as capacidades próprias para organizar e executar o curso das acções requeridas para lidar com as diversas situações”.

O indivíduo dispõe de fontes internas e externas fundamentais para a obtenção de informação a respeito das suas habilidades e competências e é na interacção e experimentação que as percebe.

Paradigma Desenvolvimental e Psicanalítico, centram-se na dinâmica do inconsciente, o ênfase é colocado no auto-conceito inconsciente, não fenomenológico, não dando qualquer importância às auto-percepções conscientes. Foi uma teoria profícua na construção de testes *projectivos*, muito criticados, quando utilizados para avaliar o auto-conceito. São as Teorias Freudianas e dos seus seguidores.

Paradigma Cognitivo-Desenvolvimentalista, defende que o auto-conceito se vai construindo ao longo da vida, sendo um constructo que passa por várias etapas, variando as suas estruturas e o grau de importância das suas dimensões.

Recentemente, Byrne (cit. por Pienda, 1992), refere-se a quatro modelos teóricos explicativos da estrutura do auto-conceito: ***Nomotético, Taxonómico, Hierárquico e Compensatório***. Com excepção do modelo hierárquico, desenvolvido por Shavelson, segundo Pienda et al (1992), o apoio empírico dos outros modelos não é considerável, pelo que nos abstermos aqui de analisar e comentar.

1.5 - AUTO-CONCEITO DE COMPETÊNCIA

É uma área específica do auto-conceito, de que temos vindo a falar, insere-se na multidimensionalidade do auto-conceito, na dimensão específica de competências, tem a ver com a percepção do desempenho, a diversos níveis, com a percepção de capacidade para determinada tarefa. Analisa as competências nos domínios intelectual, relacional, resolução de problemas, satisfação e motivação para aprender, precisão e profundidade na aprendizagem, cooperação e assertividade social e criatividade (pensamento divergente).

O auto-conceito de competência descreve como vamos no trabalho, de que forma aprendemos e que ideia temos acerca de nós quanto à nossa competência e sucesso. O auto-conceito de competência refere-se “*às percepções da capacidade para lidar de forma eficaz com o ambiente, relacionando-se deste modo com comportamentos de acção, persistência e esforço, que têm subjacentes objectivos de realização centrados*

na aprendizagem, caracterizados pela capacidade para apreciar os sucessos e lidar adequadamente com os fracassos, beneficiando igualmente com ambos.” (Faria e Santos, 1998: 450)

Estes objectivos (centrados na aprendizagem), promovem o desenvolvimento da competência pela aprendizagem, desencadeando mecanismos cognitivos e afectivos que promovem a persistência, a procura de desafios e a realização, estando frequentemente associados a um elevado nível de auto-conceito de competência, por outro lado os objectivos centrados nos resultados são caracterizados pela vulnerabilidade do fracasso e por padrões de desistência (Dweck & Legget, 1988; cit. por Faria & Santos, 1998).

Para Bandura (1977), as avaliações de competência parecem estar mais relacionadas com a forma como interpretamos a realização do que com a realização objectiva. Ser *competente*, advém da instituição de juízos de valor positivos, dados e formulados de forma contingente, sempre que um desempenho é eficaz (Vaz Serra, 1986).

Para Byrne (1986) e Marsh (1990), o auto-conceito de competência, permite prever a realização escolar e educacional, a integração social e o bem-estar psicológico global dos sujeitos.

As evidências empíricas, segundo Man e Hrabal (1989), apontam para o facto de que indivíduos com um elevado auto-conceito de competência utilizem de forma mais eficaz as suas capacidades intelectuais, obtendo assim melhores resultados no desempenho da tarefa e nos resultados que daí advém (cit. por Faria & Santos, 1998).

O auto-conceito de competência profissional desloca a ênfase para as actividades profissionais específicas, para as tarefas de competência técnico-científica.

Investigadores do auto-conceito verificaram, nos seus estudos, “*a existência da importância do auto-conceito como capaz de dar forma aos acontecimentos da vida, particularmente o sentido de competência no trabalho e na família*” (Gécas, 1982; Mortimer et al., 1982; cit. Por Vaz Serra, 1986: 81), como verificaram igualmente a sua notável estabilidade.

1.6 - AUTO-CONCEITO E EXPECTATIVAS

Diversos autores sugerem-nos que após uma análise da estrutura, relações, organização e consequências do auto-conceito de determinado indivíduo, em condições de stress, é provável que na maioria dos casos, o que se torna importante não é a situação em si (geradora de stress), mas a pessoa que está na situação, a avalia e se

avalia. E as manobras de protecção de que dispõe para lidar com a situação. “*O organismo humano é um sistema dinâmico que contém em si mesmo a capacidade de auto-organizar-se e se transcender, sem intervenção externa*” (Bozarth, 1985: 14). O organismo humano tem a capacidade para reconhecer na sua consciência os factores que lhe provocam desajuste emocional e psicológico, produzindo incongruência entre as partes constitutivas da sua unidade orgânica; o auto-conceito e a totalidade da sua experiência. “*O organismo desenvolve activamente a capacidade potencial que tem, de forma inata, para reorganizar as suas vivências e restabelecer a congruência orgânica*” (Rogers, 1959: 220).

Tudo o que fazemos tem por detrás uma determinada expectativa na obtenção de determinado resultado. As expectativas provêm das avaliações dos resultados, na integração das experimentações ao longo do percurso de vida. Para Vaz Serra (1986) há duas ordens de factores que dão origem às expectativas, desempenhando estas um papel crucial nas nossas vidas. As *experiências prévias* do indivíduo e as *experiências relatadas* por outros.

As experiências prévias, permitem o pensamento de associação à obtenção de determinado resultado, com a execução de determinado comportamento, em obediência a um sinal. Esse sinal seguido por um outro que lhe dá significado, faz com que ambos se relacionem cognitivamente, formalizando o conhecimento de que comportar-se de determinada maneira perante o sinal conduz a determinado resultado ou significado, gerando assim expectativas.

As experiências relatadas por outros são as expectativas que podem ser formadas, não da experiência directa do indivíduo, mas dos outros e das suas histórias, das ocorrências vividas por outras pessoas. Expectativas negativas, sistemáticas, levam a estados de ansiedade e tensão.

Bandura (1977) distingue dois tipos de expectativas: as de eficácia e as de resultado: A *expectativa de eficácia* relaciona-se com o julgamento que a pessoa faz de si própria, em que se sente apta ou não, para desempenhar determinado comportamento que é requerido. Se for baixa, tenderá a evitar ou fugir de determinadas circunstâncias da sua vida. Se for alta tenderá a dirigir-se para o comportamento.

A *expectativa de resultado*, refere-se ao juízo feito pela pessoa de que determinado comportamento específico leva à obtenção de determinada consequência.

Para Rotter (1966), a expectativa relaciona-se com a probabilidade, criada dentro do indivíduo, de que possa conseguir um auto-reforço, em determinada situação específica, em função de um determinado comportamento.

O auto-conceito, sendo o produto da observação do Eu como objecto, não deixa de ser também a consequência da observação do Eu como agente da própria acção (Vaz Serra, 1985). Sendo as expectativas, importantes mediadoras do comportamento, este autor defende que, a formação das expectativas depende do auto-conceito do indivíduo. Pessoas com um bom auto-conceito, têm tendência a desenvolver expectativas positivas e elevadas e pessoas com um mau auto-conceito, tendem a desenvolver expectativas negativas e baixas. O auto-conceito tem assim, uma capacidade predictiva importante em relação às expectativas. Sendo mediadoras da acção, as expectativas vão facilitar ou inibir o comportamento do indivíduo no seu meio. Nesta teoria, as expectativas são analisadas na mediação entre o comportamento e as auto-consciencializações do mesmo.

1.7 - AUTO-CONCEITO E MOTIVAÇÃO

Cada indivíduo só filtra e dá valor ao que considera relevante e significativo para si. Para Vaz Serra (1988) tal facto é-nos explicado não só pela consistência e coerência do comportamento, ao longo da vida, como pela maneira tendenciosa como cada qual tende a descodificar os estímulos do meio ambiente.

A motivação refere-se à activação e persistência do comportamento. Segundo Bandura (1977), a actividade cognitiva suporta a motivação, através de três fontes fundamentais, a representação cognitiva de resultados futuros, a definição de objectivos e a avaliação da realização pessoal.

Há uma boa parte da pesquisa nesta área que demonstra, que o auto-conceito é, provavelmente, “*a base de todo o comportamento motivado*” (Franken, 1998).

Para diversos autores (Fitts, 1972; Gécas, 1982; Vaz Serra, 1986), o auto-conceito pode ser uma fonte de motivação, o ponto de referência através do qual o indivíduo interage com o meio envolvente. Gécas (1982), defende que o auto-conceito é uma fonte de motivação que parte de três pressupostos: o motivo da auto-eficácia; o motivo de auto-estima; o motivo de auto-consistência.

1.7.1 - O motivo da auto-eficácia

O facto do indivíduo se sentir eficaz e competente na percepção de si próprio é, assim, uma condição necessária para um bom funcionamento pessoal e para a resolução de tarefas (Vaz Serra, 1988).

Diversos autores desenvolveram as suas teorias dando importância ao motivo da auto-eficácia. Seligman (1975) refere que, quando um indivíduo compreende que o seu comportamento não tem influência nem consequências sobre o meio ambiente, este facto determina em si um sentido de ineficácia e de fracasso pessoal (*“teoria do desespero aprendido”*).

A percepção da eficácia é passível de produzir efeitos múltiplos nos comportamentos, nas cognições e nos aspectos emocionais, sendo factor de influência nas escolhas das actividades, ambientes e situações em que o indivíduo se envolve. Segundo Ribeiro (1996), a auto-eficácia é determinante quanto ao esforço que o indivíduo irá dispendir e a sua persistência face aos obstáculos e más experiências, influenciando ainda os processos de pensamento e as reacções emocionais antecipatórias e posteriores às situações.

O indivíduo que tem a crença de poder executar com êxito o comportamento requerido para produzir determinados resultados, desenvolve boas expectativas de eficácia (Bandura, 1977). Quando se julgam incapazes de lidar com as exigências evitam envolver-se na tarefa, dificultam a acção e centram-se em si próprios. Elevadas expectativas de eficácia aumentam a persistência do esforço para o comportamento, sendo que o caso contrário condiciona atitudes de evitamento do comportamento e dispersão da tarefa.

Se o indivíduo percebe que o seu comportamento é determinado por si, e não por influência de outras pessoas mais poderosas ou factores do acaso, é eficaz (Rother, 1966), desenvolvendo boas expectativas, se atribui o seu comportamento a factores do acaso ou a forças mais poderosas, é ineficaz, desenvolvendo fracas expectativas.

Seligman (1975), sugere que as experiências repetidas com acontecimentos incontroláveis e negativos resultam numa motivação diminuída, capacidade diminuída para perceber o sucesso e a auto-eficácia, num clima de emotividade aumentada.

Na percepção de competência, o motivo da auto-eficácia, impele ou repele à execução do comportamento dirigido para a tarefa, ou seja, pode ou não, ser motivado.

1.7.2 - O motivo da auto-estima

As auto-avaliações, como já tivemos oportunidade de observar, podem ser positivas ou negativas. Uma auto-avaliação positiva permite ao indivíduo alcançar objectivos desejados, reforços que aprecia, evitar o fracasso e a punição e não desencadear ansiedade. Dando origem a um sentido de competência, eficácia pessoal e valorização pessoal, significativo no bom funcionamento emocional da pessoa. Portanto, quando a avaliação é negativa tem uma consequência motivacional importante. Isto pode influenciar, segundo Gécas (1982), a forma como o indivíduo selectivamente dá prioridade à informação negativa sobre si mesmo, o comportamento interpessoal, a auto-confiança, o modo selectivo como são escolhidas as pessoas significativas, as comparações sociais estabelecidas, os aspectos centrais do auto-conceito, a simples reconstrução de uma história pessoal e a forma como a pessoa lida com os acontecimentos que a lesam.

O motivo da auto-estima pode, segundo Gécas (1982), subdividir-se em dois aspectos diferentes: a *auto-saliência* e a *auto-manutenção*.

A *auto-saliência* procura o crescimento, a expansão e o aumento da auto-estima pessoal (a luta pelo êxito).

A *auto-manutenção*, têm por finalidade não deixar perder o que a pessoa possui (por exemplo, o medo do fracasso). O que determina comportamentos diferentes nas pessoas.

Os indivíduos ou têm comportamentos de auto-saliência, no sentido do desenvolvimento pessoal, aumentando ou reforçando a sua auto-estima, ou têm comportamentos de manutenção, no sentido da sua preservação, pela necessidade de determinado património não ser colocado em causa, diminuindo ou mantendo a sua auto-estima.

Aceita-se que pessoas com uma auto-estima pobre se caracterizam mais por estratégias de auto-manutenção do que de auto-saliência (Vaz Serra, 1988). Para este autor o motivo da auto-estima revela-se ainda pela tendência que, de um modo geral, todas as pessoas têm (carácter universal), de distorcer a realidade com o objectivo de conseguirem manter e realçar o aspecto positivo de si próprio, isto é, de manter um auto-conceito positivo.

A auto-estima é para Bandura (1977), uma variável cognitiva com uma função motivacional.

1.7.3 - O motivo da auto-consistência

Se entendermos, como já tivemos oportunidade de referir que a percepção que a pessoa tem de si própria implica uma auto-organização e estruturação ao longo da vida, então, segundo Vaz Serra (1988), é natural que daqui ocorra uma consistência auto-percebida.

O motivo da auto-consistência tem de todo a ver com a teoria do conservadorismo cognitivo que tivemos oportunidade de referir quando falamos dos diversos paradigmas conceptuais. O auto-conceito é considerado como um conjunto de generalizações cognitivas (esquemas mentais) que, segundo Markus (1977), organizam a forma como se processa a informação para o indivíduo. Esses esquemas tornam-se progressivamente resistentes à informação que lhes é inconsistente. Havendo assim uma espécie de conservadorismo cognitivo, organizador das percepções, memórias, esquemas pessoais, importante na organização das próprias identidades com que o indivíduo se compromete. Se o indivíduo tem uma percepção de consistência de determinado comportamento, envolve-se, motivando-se, caso contrário funciona como factor desmotivador ou de alerta.

1.8 - OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DO AUTO-CONCEITO

Existem diversas formas de observar e avaliar o auto-conceito, considerando as diversas dimensões do auto-conceito. Definida a dimensão do auto-conceito a avaliar, procede-se á selecção do instrumento que mais se adequa para o efeito.

Wylie (1974), na análise e revisão de cerca de uma centena de instrumentos, encontrou cerca de uma dezena com índices aceitáveis de validade (cit. por Veiga, 1995). O que significa que a produção de instrumentos é fértil, mas a sua validação e testagem, sob o ponto de vista empírico, é fraca.

Alguns autores defendem (Vaz Serra, 1986; Veiga, 1995), que não faz muito sentido a construção de novos instrumentos, quando outros estão disponíveis, em fase de validação ou mesmo validados, que carecem de verificação empírica, quer para confirmação, quer para aplicação a outros contextos.

A avaliação do auto-conceito faz-se por meio das descrições que o indivíduo faz de si próprio (método auto-descritivo - perspectiva cognitivo-comportamental) ou através

de inferências (através da observação de comportamentos e testes projectivos - perspectiva psicanalítica) feitas por outros indivíduos acerca do seu auto-conceito.

O Método Auto descritivo, âmbito em que se insere a avaliação do auto-conceito no nosso estudo (porque baseado nas perspectivas cognitivo-comportamentais, de auto-percepção, auto-observação e auto-avaliação de si próprio), pressupõe a colocação de questões ao sujeito sobre o que ele pensa sobre si próprio, no seu auto-conhecimento. Sendo esta, para Veiga (1998), a melhor fonte de dados. Para este autor quando se parte do pressuposto de que o auto-conceito significa a maneira segunda a qual o indivíduo se percebe, então a melhor forma de o conhecer é pedir-lhe que informe acerca da maneira como faz essa auto-consciencialização.

Tem a vantagem de ser o único método a dar acesso ao ponto de vista do indivíduo, às suas vivências e experiências, tal como foram captadas por si. Tem sido amplamente mais testado em investigação que qualquer outro e deste método tem surgido a maior produção de instrumentos de avaliação em pesquisa social. As auto-descrições fazem-se por questionário, através de adjetivos, frases ou perguntas directas sobre aspectos do auto-conceito.

Existem algumas técnicas que é necessário observar, para concepções específicas: indicadores de auto-aceitação (o sujeito informa acerca do que sente que é) e indicadores de congruência real/ideal (o sujeito informa acerca do que gostaria de ser), indicadores de auto-estima (como se percebe nos afectos e emoções em relação a si e aos outros), entre outros, que seria exaustivo analisar aqui.

No que respeita ao auto-conceito, segundo Vaz Serra (1986), os factores de auto-aceitação/rejeição social e auto-eficácia são os que se ligam de uma forma positiva, mais significativa, à internalidade (consciência de si), acontecendo o inverso com a externalidade (consciência e integração do que o rodeia), representada por outras pessoas ou factores externos. O indivíduo com um bom auto-conceito, tende a atribuir o reforço obtido em determinada situação ao seu próprio esforço e não aceitar que o mesmo seja devido à influência de outras pessoas mais poderosas ou a factores da sorte ou do acaso.

Há vários tipos de questionários: só com um adjetivo; com dois adjetivos, frases auto-descritivas e questionários abertos (o indivíduo descreve-se com os seus próprios termos). Das diversas escalas de avaliação de auto-conceito que se conhecem, vamos referenciar apenas as mais divulgadas e testadas empiricamente:

- “*Tennessee Self-Concept Scale*”, construída por Fitts et al. (1965). É uma escala do tipo Likert. A avaliação do auto-conceito faz-se pela obtenção de cem (100)

índices constitutivos dos processos de avaliação individual, desde a auto-crítica à auto-consideração positiva. É uma escala extensa, inadequada para a prática clínica e mesmo para a prática educacional, o que é corroborado por Vaz Serra (1986). Com características especiais para diagnóstico de algumas patologias psiquiátricas, como a neurose, a psicose e distúrbios da personalidade;

- “*Self Descriptive Questionnaire*”, construída por Marsh et al. (1983). É uma escala do tipo Likert. Avalia o auto-conceito nas suas dimensões académica, emocional, social e físico. Baseada no modelo de auto-conceito de Shavelson et al. (1976), posteriormente corrigido por Shavelson e Bolus (1982). É constituída por 66 itens, distribuídos por oito (8) factores encontrados por análise factorial, que correspondem às diversas dimensões do auto-conceito, descritas por Shavelson e Bolus (1982) e por Fleming e Courtney (1984). Têm sido muito utilizada no meio académico, fundamentalmente com populações de adolescentes.
- “*Escala de Auto-Conceito Escolar*”, construída por Williams e Workman (1978). Avalia o auto-conceito de crianças em meio escolar. É uma escala verbal e não-verbal (pressupõe também o desenvolvimento de actividades), em 36 tarefas.
- “*Escala de Perfis de Auto-Conceito*”, construída por Gilberto de Sousa (1985). Fundamentalmente virada para actividades ocupacionais, define o auto-conceito por perfis, tal como o nome indica, mais funcionais para determinados tipos de tarefas.
- “*Escala de Auto-Conceito e Auto-Estima*”, adaptada para adolescentes portugueses por Peixoto, Martins, Mata e Monteiro(1997) da escala original de Harter (1988). Tendo sofrido algumas alterações na adaptação e acrescida de algumas dimensões do auto-conceito. É uma escala do tipo Likert. Apresenta cerca de 97 itens, que avaliam o auto-conceito (77 itens) nas dimensões descritas pelo modelo de Shavelson e Bolus (1982) - auto-conceito académico, auto-conceito social e físico ou de apresentação. A auto-estima é avaliada em 27 itens nas dimensões descritas pelo modelo de Song e Hattie(1984)- amizades intimas, atracção romântica, auto-estima. É um instrumento que se torna demasiado exaustivo, sendo demasiado específico para a faixa etária da adolescência.
- “*Inventário Clínico de Auto-Conceito- ICAC*”, construído por Vaz Serra (1986). É uma escala do tipo Likert. Avalia o auto-conceito da população geral portuguesa, nas suas dimensões social, cognitiva e emocional. Constituída por

20 itens, distribuídos por seis (6) factores (aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica, impulsividade/actividade e dois factores mistos), encontrados por análise factorial. Largamente testada empiricamente, é uma escala com vocação essencialmente clínica, mas de uso generalizado, pela capacidade significativa de avaliação dos domínios referidos, nomeadamente os domínios social e emocional.

No âmbito da avaliação do auto-conceito, temos ainda as escalas mais especializadas em determinados domínios do auto-conceito. A escala de auto-conceito académico e não académico de Shavelson e Bolus (1982), que avalia dimensões específicas como a matemática, o português, as línguas e o físico. As escalas de auto-conceito de competência, de entre as quais destacamos a que foi construída por Rätty e Snellman.

- “*Escala de Auto-Conceito de Competência*”, construída na Finlândia, por Rätty e Snellman (1992), adaptada para o contexto Português por Faria e Santos (1998). É uma escala do tipo Likert, que avalia fundamentalmente as percepções das capacidades para lidar de forma eficaz com o ambiente, em adolescentes e adultos. Compreende 31 itens, distribuídos por seis (6) factores, encontrados por análise factorial. Mais utilizada até então em meio académico.

As escalas até agora referidas são fundamentalmente do tipo Likert. Outras escalas são conhecidas, nomeadamente as de “*diferenciais semânticos*”, que colocam alguns problemas em investigação para estudos comparativos ou de correlação, pela utilização de diversas medidas de avaliação, nas suas diversas dimensões.

As escalas de “*extração de cartões*”, em que a avaliação se faz tipologicamente, pela ordenação que o indivíduo faz de determinado grupo de cartões e que pressupõem uma auto-definição pessoal. Tipifica as pessoas e depende demasiado do observador.

No nosso estudo vamos utilizar uma escala do tipo Likert, com frases auto-descritivas, como utilizadas noutros instrumentos (Coopersmith, 1959; Fitts, 1965; Rosenberg, 1965; Vaz Serra, 1986; Peixoto & Almeida, 1997; Veiga, 1998; Faria & Santos, 1998).

1.8.1 - Intervenção no auto-conceito

Há um crescendo de pesquisas que indicam que se pode alterar o auto-conceito (Huitt, 1998). As mudanças pessoais não são aspectos que se alterem de um momento para o outro, mas é possível fazê-lo num processo de auto-reflexão e consciencialização.

É com frequência que, através da auto-reflexão, as pessoas conseguem olhar-se como “novas”, transformando-se. É um processo de reabilitação do Eu, do qual os indivíduos saem mais auto-confiantes.

Há uma grande diversidade de técnicas que podem ser usadas na intervenção no auto-conceito, nomeadamente as terapias cognitivo-comportamentais (as mais eficazes, devido à experimentação de outros comportamentos), psicodrama; *role-play*; técnicas de relaxamento; treino de inoculação ao stress; uso do princípio Premak (que enuncia que todas as respostas, imediatamente antecedentes a um comportamento emitido com grande frequência, podem ficar fixadas); o treino da auto-imagem idealizada; a defesa da auto-estima; a selecção e promoção de pontos fortes no indivíduo; ajudar o indivíduo a aprender a pôr os outros em causa; educar o indivíduo no sentido de estabelecer objectivos; treino de aptidões sociais e outras menos frequentes.

A intervenção no auto-conceito é, dum modo global, do âmbito multidisciplinar. Para Vaz Serra (1986), a distribuição multidisciplinar poder-se-ia fazer do seguinte modo: à sociologia, compete estudar os antecedentes do auto-conceito e procurá-los nas interacções sociais; à psicologia social, compete o estudo das consequentes do auto-conceito, a sua importância na determinação dos comportamentos específicos e, nomeadamente, nas áreas de motivação; à psicologia clínica, interessa conhecer o papel do auto-conceito em relação com os fenómenos de compensação ou de descompensação, tal como o seu significado e ajudar a definir intervenções psicoterapêuticas. À enfermagem, compete a identificação de alterações no auto-conceito do indivíduo, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e a implementação duma relação de ajuda com o indivíduo, através do planeamento de actividades dirigidas a orientá-lo na mudança e/ou solução dos seus problemas, promovendo o desenvolvimento de atitudes de suporte no indivíduo que o possam ajudar a enfrentar e ultrapassar as crises.

Em **SÍNTESE**, numa visão holística do homem, como é a perspectiva de enfermagem, o auto-conceito é a totalidade de um complexo, organizado e dinâmico sistema de crenças, atitudes e opiniões que cada indivíduo possui acerca da sua existência pessoal. A auto-estima refere-se aos sentimentos que temos acerca do nosso valor, das nossas competências e da capacidade de ser amado.

O auto-conceito desenvolve-se, através da consciencialização e reflexão acerca do que temos feito, que integra o feedback que os outros nos devolvem. Existe um auto-conceito de base, tendente para a estabilidade, estruturado a partir da formação da personalidade desde o nascimento, que pode sofrer alterações positivas e/ou negativas, ao longo da vida do indivíduo. Alterações de carácter situacional, que desencadeiam crises e necessidades de mudança, das quais pode ou não emergir um sintoma.

O indivíduo possui mecanismos de auto-regulação que lhe permitem reagir, identificar e combater alterações, determinando-se a mudanças reais e objectivas, mas por vezes necessita de ajuda.

O auto-conceito desenvolve-se na interacção com os outros, é dinâmico, pelo que se pode intervir para modificar. Para além dum traço de estabilidade que se liga à identidade, o auto-conceito é dinâmico, uma estrutura activa, que constantemente interpreta e organiza acções e experiências relevantes para o Eu, mediando os comportamentos e afectos. As expectativas são o produto da razão entre as metas que nos propomos e os resultados que obtemos.

Os estudos sobre auto-conceito atravessaram na história as diversas correntes de pensamento. O nosso estudo situa-se no âmbito das perspectivas diferencial, cognitivo-social e humanista, porque pretende avaliar o auto-conceito consciente e porque nestas teorias, segundo Veiga (1995), “...se situam os contributos mais consistentes para o estudo actual do auto-conceito”. Um auto-conceito consciente, multidimensional, hierárquico, evolutivo, avaliativo e auto-descritivo. A abordagem de enfermagem situa-se, inequivocamente, nas correntes humanistas e desenvolvimentalistas.

Os estudos sobre auto-conceito e o conhecimento de si são importantes (Cardoso & Peixoto, 1996), pelo facto dos indivíduos processarem a informação sobre o seu Eu, mas também actuarem com base nos resultados das representações que fazem delas mesmas.

CAPITULO 2 - MOTIVAÇÃO

As sociedades contemporâneas são fundamentalmente e a um ritmo acelerado, evolução, desenvolvimento, actividade e progresso. O que nos move? O que nos impele à actividade? Porque nos interessamos e preocupamos? O que nos incentiva? São algumas das questões que se colocam.

As ciências sociais e humanas, têm enveredado alguns esforços no sentido de tentar averiguar e explicar as acções humanas e para isso muito tem contribuído o estudo de constructos como a motivação, mais largamente explorada em estudos das Ciências Humanas e da Educação, em Psicologia da Educação e nas ciências psicológicas e sociológicas em geral.

A interpretação teórica do conceito de motivação tem variado ao longo da história. As tentativas de explicação da motivação fazem-se pelas mais diversas abordagens. Até meados do século XX predominou o paradigma mecanicista, centrado em variáveis como o instinto, impulso, activação, necessidades, que moviam um organismo para o acto (tendências de aproximação, evitamento e homeostase), entre os autores mais representativos desta corrente estão Hull, Spence e Tolman (1925 – 1932). Há investigadores que estudam a motivação através de mecanismos fisiológicos, outros procuram as determinantes da acção nas condutas e comportamentos, outros ainda nas cognições.

Falar de conduta motivada, implica a clara diferenciação de conduta instintiva. Uma conduta instintiva não requer “vontade” por parte do sujeito, ao contrário da conduta motivada. Assim convém diferenciar motivação de estímulos e instintos porque os três impulsionam a acção.

Estímulo (Brunner & Zeltner, 2000) é um incitamento, um impulso, trata-se de uma modificação do ambiente percebida sensorialmente (externa ou interna) seguida por uma determinada acção/comportamento.

Instinto (Costa & Melo, 1985) é uma actividade automática, involuntária, expontânea e irreflectida, inconsciente da sua aparente finalidade.

Como o próprio nome indica a *conduta motivada* requer um motivo que desencadeia a acção. Uma conduta diz-se motivada, quando se dirige claramente para uma meta.

O *motivo* é algo que impulsiona a acção. O motivo apresenta-se sempre como um impulso, uma tendência, um desejo, uma necessidade. Toda a actividade está motivada por algo, e a esse algo chama-se motivo. Os motivos não têm todos a mesma origem, intensidade, nem os mesmos objectivos. O motivo será aquilo que o indivíduo filtra e ao que dá valor, considerando de relevante e significativo para si.

Pode então dizer-se que “o *campo da motivação abarca a totalidade do psiquismo humano*” (Arteaga, 2002), desde os impulsos mais elementares (fome, sono...) até aos mais complexos (ser escritor, maestro, engenheiro, enfermeiro....).

2 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA NA CONCEPTUALIZAÇÃO DA MOTIVAÇÃO

Nos anos 30 e 40, a motivação foi explicada pela existência de pulsões (por Freud e seus seguidores). Nestas teorias as pulsões fornecem a energia ou impulso para o comportamento, enquanto a aprendizagem providencia a direcção do comportamento (Hull, 1943). De acordo com os teóricos das pulsões, as emoções eram essencialmente um subproduto da motivação.

Nos anos 50 e 60, a conceptualização sobre motivação centrava-se nas necessidades, associada à teoria de Maslow (1954). As necessidades explicavam o impulso (a energia de realização), a direcção e a persistência do comportamento.

Na teoria de Berlyne (1960), a motivação foi conceptualizada como a pulsão para a optimização do estímulo e olhava os afectos como um subproduto da satisfação dessa pulsão. Na teoria das pulsões, a persistência do comportamento foi conceptualizada como uma grande aprendizagem. De acordo com a teoria de Amsel's (1958-1972), a persistência era em grande parte atribuída ao contra condicionamento do estímulo, associado à frustração, representando esta, um conceito muito limitado de emoções- uma emoção que emerge do fracasso para receber uma recompensa (cit. por Franken, 1998).

Nos anos 60, a conceptualização da motivação, começa-se a fazer em termos de acção. Motivos e necessidades eram o centro desta concepção. As necessidades eram consideradas como uma disposição para a acção (Bacete & Betoret, 2002). O que criava a acção eram as metas e as ameaças. As metas eram consideradas como incentivos positivos, as ameaças como incentivos negativos.

A conceptualização sobre as metas na motivação tornou-se, na perspectiva de diversos teóricos (Locke & Lathan, 1990; Pervin, 1998; Snyder & al., 1991, cit. por

Manassero & Alonso, 2001), uma poderosa teoria. No entanto, sendo as metas e as ameaças talvez o ímpeto para a acção imediata, falham relativamente a acções futuras.

Alguns teóricos ainda hoje persistem nas teorias das metas-comportamento directo. A pesquisa mais recente (Raynor, 1974; Weiner, 1974; Atkinson & Birch, 1978; Rivera, 1982; cit. por Franken, 1998) atribui às emoções o papel fundamental. Segundo estes autores, o que parece diferenciar as pessoas no que respeita à sua persistência são as suas emoções. Aquelas que desenvolveram sentimentos positivos face às ameaças e dificuldades persistentes, podem continuar optimistas e geralmente perseguem os seus objectivos, aquelas que desenvolveram sentimento negativos, de pessimismo e incerteza ou receio, frequentemente abandonam as suas metas (Seligman, 1990).

Apesar das diferenças de ênfase, a maioria dos teóricos contemporâneos são consonantes no que se refere ao importante papel das emoções na motivação. Para Bandura (1991), para atingirem as suas metas, os indivíduos precisam de aprender a gerir as suas emoções, essencialmente os seus receios, as suas dúvidas. “*O talento só é bom quando executado*”.

Observado o percurso histórico da conceptualização sobre motivação, faremos seguidamente uma breve referência aos modelos e teorias mais divulgados.

2.1 - O CONCEITO E AS TEORIAS EM MOTIVAÇÃO

Para qualquer actividade em que o indivíduo participe, nas suas tarefas diárias, é preciso passar à acção, isto é, o sujeito tem que ceder ao impulso que o põe na situação. Em termos gerais podemos dizer que a motivação é o motor que move toda a nossa conduta, o que nos permite provocar mudanças tanto a nível dos processos educativos como a nível da nossa vida em geral.

A actividade motivada pode-se subdividir em três momentos: o motivo, a conduta motivada e a diminuição ou satisfação da necessidade, ou seja, os objectivos atingidos.

A motivação é um *construto hipotético*, o que para Brunner e Zeltner (1994) é explicado pelo facto de não ser acessível à observação directa, o que se observa são os processos motivacionais, cujo interesse reside no seu potencial predictivo e explicativo da conduta humana. Para estes autores é possível explicar através deste construto, porque se comportam de forma completamente diferente, duas pessoas na mesma situação.

As tentativas de explicação de como se produz a motivação, quais são as suas variáveis dominantes e como através delas se pode melhorar as práticas, são questões não totalmente resolvidas e em parte as respostas dependem do enfoque psicossociológico adoptado.

Para Nuñez (1996), a motivação não é um processo unitário, visto que abarca componentes muito diversos que nenhuma das teorias elaboradas até ao momento conseguiu integrar. Daí que, uma das maiores preocupações dos investigadores seja tratar de clarificar que elementos ou construtos se englobam dentro deste amplo e complexo processo a que chamamos de motivação.

O constructo “*motivação*” é descrito pela maioria dos autores como um conjunto de processos implicados na activação, direcção e persistência da conduta (Brunner & Zeltner, 1994; Béltran, 1993; Bueno, 1995; Nuñez, 1996). Este conjunto de processos é considerado por alguns autores (Bandura, 1977; Jesus, 1997) como crenças subjectivas, sendo a direcção, o comportamento observado e a persistência desse comportamento, determinada pelos resultados (“*é a crença subjectiva de que um determinado comportamento permite alcançar certos resultados*”).

Maslow (1954), define a “*Motivação*” através dos motivos, sendo estes, um conjunto de factores, forças, conscientes ou inconscientes, que levam o indivíduo a determinados comportamentos sociais, quase sempre consubstanciados em metas, finalidades ou aspirações que orientam a nossa conduta, no sentido de alcançarmos o que desejamos.

Se nos reportarmos ao contexto profissional e considerarmos o carácter intencional da conduta humana nesta área, não é difícil perceber que as atitudes, as percepções, expectativas e representações que o sujeito tem de si mesmo, da tarefa a realizar e das metas que pretende alcançar, constituem factores de primeira ordem no sentido de guiar a conduta do indivíduo na perseguição dos seus objectivos, quer no âmbito académico quer no profissional.

As principais teorias da motivação, segundo Nuñez (1996), destacam três constructos intervenientes e de relevo no processo motivacional: o *Auto-Conceito*; os *Padrões de Atribuição Causal* e as *Metas de Aprendizagem*. Para este autor isso implica que estes construtos e a sua interrelação determinam em grande parte a motivação do indivíduo, sendo pois referência obrigatória de todo o educador que queira intervir na motivação.

No processo de motivação não se pode também esquecer o componente afectivo, as emoções. Dá-se hoje uma valorização crescente ao que se convencionou chamar “*Inteligência Emocional*”, o que para Goleman (1996), não é mais que a capacidade de

gerir as emoções de forma adequada (no lugar certo, com a pessoa certa, na hora adequada).

A emoção é aplicada ao impulso, á motivação, a estados de dor e prazer (Damásio, 2000). Este autor define três tipos de emoções, susceptíveis de intervirem em contextos diferentes, que são: as *emoções primárias ou universais* (alegria, tristeza, medo, cólera, surpresa ou aversão), as *emoções secundárias ou sociais* (vergonha, ciúme, a culpa ou o orgulho) e as *emoções de fundo* (bem-estar, mal-estar, a calma e a tensão). A motivação pode facilmente decorrer dum estado emocional.

A inteligência emocional está relacionada com a motivação, segundo Nuñez (1996), na medida em que, se uma pessoa é emocionalmente inteligente, pode melhorar a sua motivação.

No campo profissional e académico, emoções como a ansiedade e tensão, por determinarem estados anímicos diversos podem produzir diferentes processos de motivação/ desmotivação.

Neste processo de observação, como se constata, não fazemos distinção entre motivação intrínseca e extrínseca, o que no passado era frequente na literatura. Isto porque consideramos, que aquilo que se entende por motivação extrínseca, ou seja, os factores externos, nunca poderão constituir-se factores motivadores se não passarem por um processo de internalização, isto é, de auto-consciencialização dos mesmos, o que implica a inclusão destes factores na motivação intrínseca. Falaremos apenas de motivação intrínseca.

2.1.1 - Teorias e Modelos de Motivação

Tradicionalmente existiu uma separação quase absoluta entre os aspectos cognitivos e os afectivo-emocionais, quem estudava uns geralmente não considerava os outros. Actualmente a tendência dos investigadores, numa perspectiva mais humanizante da ciência, é dum crescente interesse em estudar ambos os componentes de forma integrada.

O Auto-Conceito é o resultado de um processo de consciencialização, análise, valorização e integração da informação, derivada da própria experiência e do feedback dos outros “significativos”. Uma das funções mais importantes do auto-conceito na motivação será a de regular a conduta mediante um processo de auto-avaliação e auto-consciencialização, de modo a que o comportamento do indivíduo num momento

específico possa ser determinado em grande parte pelo auto-conceito que possui nesse momento.

Para Bandura (1977), o sujeito antecipa o resultado do seu comportamento a partir das crenças e valores que faz das suas capacidades, ou seja, gera expectativas de êxito ou de fracasso, que se repercutirão na sua motivação e rendimento. O que tem as suas raízes no conceito que faz de si.

Seguidamente faremos uma abordagem sumária das diversas correntes de pensamento e respectivas teorias explicativas da motivação.

Abordagem Homeostática da Motivação:

Na abordagem homeostática da motivação surgiram essencialmente três teorias: a teoria da redução do impulso; a teoria da motivação emocional e a teoria psicanalítica da motivação.

Este tipo de teorias explicam as condutas com origem em desequilíbrios fisiológicos (como por ex. a fome, a sede...), mas também servem para explicar condutas com origem em desequilíbrios psicológicos ou mentais, produzidos por emoções ou doenças mentais, e pressupõem a redução de uma tensão que reequilibra o organismo.

A homeostase é um mecanismo orgânico e psicológico de controlo, destinado a manter o equilíbrio dentro das condições internas do organismo e da mente. Consiste num processo regulador de uma série de elementos, que devem manter-se dentro de determinados limites, caso contrário põem em perigo a vida do indivíduo.

Deste modo, conhecemos uma quantidade de elementos e funções que tem que estar perfeitamente regulados e cujo desequilíbrio traria consequências fatais para a vida; por exemplo, a temperatura corporal, a tensão arterial, a quantidade de glicose e ureia no sangue, etc. Estas e outras funções estão reguladas e controladas por mecanismos homeostáticos, e cada vez que surge uma alteração num destes elementos ou funções, o organismo regula e equilibra a situação, desencadeando uma série de recursos para o efeito. Entre os autores mais representativos desta corrente podemos salientar Hull, Freud e Lewin (cit.por Mc Teer, 1979).

→ Teoria da Redução do Impulso

Modelos orientados por impulsos supõem um ou mais impulsos, os quais são influenciados por circunstâncias de deficiência (condições internas) e correspondentes estímulos do meio ambiente (condições externas), que dão origem a determinado comportamento.

Impulso é a tendência para uma actividade, gerada por uma necessidade (Abreu, 1994). Essa necessidade, que é o estado de desequilíbrio ou mal-estar interno, é por sua vez provocada por uma carência, por algo que falta, no organismo vivo.

A explicação da conduta motivada emerge, à luz desta teoria, de algum tipo de desequilíbrio que perturba a estabilidade ou constância do meio interno do sujeito. O desequilíbrio interno pode ser provocado por um deficit do que o organismo precisa para a sua existência. Tais carências externas provocam estados internos de necessidade, aparentemente muito diversos, embora semelhantes nos seus efeitos perturbadores. Esse desequilíbrio provoca no organismo uma exigência de reequilíbrio que não desaparece até que a carência, ou excesso, seja eliminado ou substituído. O que pretendem as teorias da motivação baseadas na homeostase é averiguar de que forma o desequilíbrio provoca essa exigência de reequilíbrio. Hull e Lewin são dois representantes desta corrente.

Hull é um dos máximos representantes desta corrente. Partindo das ideias de Thorndike sobre a motivação, Hull elabora a sua teoria. A “*satisfação*” de que falava Thorndike foi substituída, numa primeira fase, por “*redução de necessidades*” e mais tarde por “*redução do impulso*”. Segundo Hull, “*quando a acção de um organismo é um requisito para incrementar a probabilidade de sobrevivência do indivíduo ou de uma espécie em determinada situação, diz-se que está em estado de necessidade. Dado que uma necessidade actual ou potencial, geralmente precede e acompanha a acção do organismo, poder-se-á dizer que a necessidade motiva ou impulsiona a actividade associada. A causa desta propriedade motivacional das necessidades é que estas são consideradas como produtoras de impulsos -drives- animais primários. É importante advertir para o facto do conceito geral de impulso estar sujeito à colocação sistemática de uma variável interveniente (X) nunca directamente observável*” (cit. por Mc Teer, 1979:31).

A necessidade actua como variável independente, suscitando o impulso. Este, por sua vez, integrado com outras variáveis intervenientes, contribui para formar o potencial evocador de resposta da qual a conduta é a função.

→ Teoria da Motivação Emocional

As emoções cumprem uma função biológica, preparando o indivíduo para se defender através de importantes alterações da fisiologia orgânica e desencadeando os comportamentos adequados no sentido de restabelecer o equilíbrio do organismo. Quando os estados emocionais são desagradáveis, o organismo tenta reduzi-los com um

mecanismo mais ou menos equivalente ao da redução do impulso. Por isso autores como Spence (cit. por Franken, 1998), consideram as emoções como factores motivadores. Damásio (2001), considera que não há emoções sem motivação, nem motivação sem emoções.

→ Teoria Psicanalítica da Motivação

Esta teoria está baseada essencialmente nos motivos inconscientes e suas derivações. Segundo as teorias psicanalíticas, as tendências primárias são o sexo e a agressividade. O desenvolvimento da conduta sexual segue um modelo evolutivo que pressupõe diversos objectos de eleição até que se atinja determinada maturidade do afecto sexual. As modernas abordagens psicanalíticas encontram um lugar mais amplo para os processos do ego do que as anteriores.

O ponto de partida dado por Freud, máximo representante e fundador da psicanálise, é claramente homeostático (Abreu, 1994). A tarefa básica do sistema nervoso é preservar o organismo de uma inundação de estímulos desequilibradora, e também de facilitar a obtenção do prazer e o evitamento da dor. Tanto as pulsões (variáveis instintivas básicas que guiam e mobilizam a conduta humana) como o aparato que regula a sua acção são concebidas com fins psíquicos, em situações limite, entre o físico e o mental. Uma pulsão é um processo somático do qual resulta uma representação estimulativa na vida mental do indivíduo. A função da pulsão é facilitar ao organismo a satisfação psíquica que se produz ao anular a condição do estímulo somático negativo. Para isso conta com uma capacidade energética, capaz de se orientar para o objecto, cuja consecução remove ou anula a condição do estímulo doloroso, provocando assim prazer.

O modelo de motivação adoptado por Freud é um modelo hedonístico de tensão-redução, que implica que a meta principal de todo o indivíduo seja a obtenção do prazer por meio da redução ou extinção da tensão produzida pelas necessidades corporais inatas. Para Arteaga (2002), a interpretação que Freud faz da motivação é conhecida pelo nome de psicodinâmica, visto que dá uma explicação dos motivos humanos em termos de hipotéticos conflitos activos subjacentes. O principal problema desta teoria é a falta de dados empíricos que a apoiem. Mesmo assim foi muito influente nos estudos sobre este tema em particular.

Abordagem Hedonista / Teoria do Incentivo

Esta abordagem da motivação foi amplamente estudada no âmbito das organizações, nas ciências sociológicas. A explicação da motivação por incentivos deve-se a autores como Young, Thorndike, Olds, McClelland, Skinner, Ritzer.

Para começar é necessário dizer que há uma relação profunda entre afectos e o conceito de incentivo que se dá ao existir uma conexão, mais ou menos total, entre os princípios hedonistas e o tema dos incentivos.

Um incentivo é um elemento importante num comportamento motivado. Basicamente consiste em premiar e reforçar o motivo mediante uma recompensa ao mesmo. Alguns dos incentivos mais comuns são o económico, o reconhecimento social, os elogios, os aplausos, etc. Um incentivo é um incitador para a acção, é um motivo fornecido, tem o valor que tem para um sujeito, é, digamos assim, uma atracção.

Ainda que a atracção possa estar fundamentada em operações distintas da experiência afectiva, não restam dúvidas de que o prazer e a dor que os indivíduos experimentam na sua interacção com as coisas e as pessoas, formam uma parte singularmente profunda da sua conduta, tão apetecível como evitativa. Da verdade indiscutível, de que os organismos tendem, de forma geral, a conseguir prazer e a evitar a dor, partiram as interpretações hedonistas do incentivo.

Porém estas teorias também explicam como alguns motivos podem opor-se à satisfação das necessidades orgânicas básicas e inclusive desencadearem comportamentos prejudiciais para o organismo. Este tipo de motivação pela busca do prazer, explicaria por exemplo, o consumo de tabaco, o consumo de drogas, etc.

Young (1975-1988) é um dos autores que mais documentou empiricamente a função motivadora dos incentivos, independentemente do valor homeostático, para reduzir uma necessidade biológica ou um impulso (cit. por Franken, 1998). Young nunca pretendeu fazer da teoria hedonista uma alternativa do modelo homeostático, cuja base biológica é patente. De qualquer modo, os seus estudos comprovaram o facto dos organismos poderem ser motivados por desejos de prazer, tanto como pelo desejo de repor energias perdidas ou de reduzir um mau impulso.

Outros autores como McClelland (1953) ou James Olds (1954-1955) também deram os seus contributos neste campo (cit. por McTear, 1979). Para McClelland: “*um motivo é uma associação afectiva intensa, caracterizada por uma reacção antecipatória de uma meta, com base na associação prévia de certos estímulos chave, com reacções afectivas de prazer ou dor*”. Por outro lado, Olds, estuda os centros do prazer e da dor no cérebro, confirmando o grande poder motivacional das experiências afectivas, que

não têm outra função que não seja a do prazer. Este pode funcionar como um fim em si mesmo, dissociado de toda a utilidade homeostática ou impulso-reductora.

Abordagens Cognitivas

As teorias cognitivas, estão fundamentalmente baseadas, na forma como o indivíduo percebe ou representa a situação que tem diante de si. Estas teorias incluem o nível de aspiração (relacionado com a fixação de uma meta individual), a discrepância (responsável pelos impulsos para a mudança, associados com as desarmonias frequentemente persistentes após determinada escolha) entre condições efectivas e condições desejadas (metas) e as teorias de expectativa de resultado (que tratam da tomada de decisão quando são tidas em conta as probabilidades e os custos ou os riscos).

As teorias cognitivas da motivação acentuam como determinantes da conduta motivada, a percepção da força das necessidades psicológicas, as expectativas sobre a consecução de uma meta e o grau de valorização dum bom resultado. Partem da premissa que é preferível realizar os planos que, para a pessoa envolvida na acção, parecem mais significativos. Como autores mais representativos desta abordagem poderemos referir, Festinger, Tolman, Weiner, Heider, entre outros.

Entre as numerosas teorias que destacam o papel dos processos cognitivos na motivação, há duas de especial relevância: as que fazem uso de constructos como as expectativas e as que postulam um modelo dinâmico conhecido como discrepância cognitiva.

→ Teoria da Discrepância Cognitiva

Festinger (1957) descreve algumas categorias de percepções desequilibradas como discrepantes, que pressupõem que o sujeito se encontre em situação de tensão para evitar a desarmonia. A ordem de discrepância ou falta de harmonia, que é preocupação principal do autor, é a consequente à tomada de decisão. Perante determinadas circunstâncias é frequente verificar-se uma discrepância entre o que se faz e o que se quer fazer ou gostaria de fazer, existindo assim uma pressão para mudar quer seja o comportamento ou a crença.

Um conceito discrepante doutro não é senão aquele que, para um sujeito resulta incompatível com outro, de tal forma que a aceitação de um implica o abandono do outro, ou o que é mais frequente, leva o sujeito ao desejo de justificar uma eventual “reconciliação” de ambos. Por exemplo: um fumador habitual lê algo sobre a relação

entre fumar e o cancro do pulmão, a acção habitual e a nova informação são discrepantes. Se decide continuar a fumar, a discrepância entre a informação e o acto praticado reduzir-se-á, não acreditando na informação sobre a dita relação. Se, por outro lado, decide deixar de fumar, defenderá firmemente a informação que vincula o cancro do pulmão ao fumo do tabaco. Pode optar por reconciliar ambos alegando que o tabaco lhe faz bem á ansiedade e o acalma.

→ Teoria da Expectativa do Resultado ou expectativa-valor

Existem teorias diversas que são importantes para o estudo da motivação e nem sempre são consideradas no âmbito das ciências sociais e humanas. Entre elas encontram-se algumas “teorias da decisão” cuja origem é atribuída essencialmente à economia. De forma muito breve podemos dizer, que estas teorias pressupõem que o indivíduo pode atribuir valor ou utilidade a possíveis incentivos, já que toma a sua decisão baseada no risco hipotético, em função dos mesmos. Está disposto a correr maior risco por algo mais valioso.

Esta teoria considera que há uma série de determinantes mentais, aos quais se chama expectativas, que funcionariam como estruturas orientadoras da acção. O sujeito, antecipa de certo modo os acontecimentos, por processos de pensamento, e a esperança de alcançar a meta é o que o move para a acção. A meta funcionaria assim como um incentivo.

Abordagem Fisiológica

Desta abordagem fazem parte as teorias fisiológicas e modelos da teoria da aprendizagem (do tipo condicionamento operante), a experiência “comportamento - estímulo positivo” tem como consequência que, tal tipo de comportamento ou comportamento semelhante, que tenha sido reforçado, tem grande probabilidade de ser demonstrado no futuro.

Na obra de Pavlov não há uma doutrina emocional explícita, nem era fácil que houvesse visto que o sistema reticular activador ainda estava por descobrir efectivamente. Todavia há dois aspectos na obra de Pavlov que manifestam uma relação bastante directa com o problema da motivação. Um deles é relativo à excitação, que é o conceito central da doutrina pavloviana; outro, o que se refere ao estímulo condicionado e às condições em que deve ser administrado para que exerça a sua função de reforço. Independentemente do uso da recompensa-castigo, Pavlov assinalou a importância do reflexo de orientação para o condicionamento. Colocava-se o problema da activação e

dos motivos como a curiosidade. A descoberta por Moruzzi e Magoun, em 1949, do sistema reticular activador, foi decisiva para dar uma base fisiológica às teorias da motivação.

Abordagens Humanistas

No caso das doutrinas humanistas, mais do que teorias científicas, trata-se de descrições e interpretações dos motivos humanos, vinculados das mais diversas formas a pressupostos filosóficos, fenomenológicos e existencialistas. O representante mais destacado deste tipo de teorização é Allport (1937-1961), cuja descoberta do fenómeno da autonomia funcional dos motivos superiores no homem, difícil de encaixar nos modelos biológicos da redução do impulso ou na explicação hedonista, colocou às ciências psicológicas algumas questões. Allport acredita que as motivações adultas se desenvolvem a partir de sistemas motivacionais antecedentes, mas também mantém uma independência ou autonomia funcional em relação aos mesmos. A doutrina da autonomia funcional dos motivos deixa bem claro que, uma coisa é a origem histórica dos motivos e outra o seu valor actual. No princípio pode não haver interesse em realizar uma tarefa, mas a doutrina do prazer funcional indica que o mero facto de realizar a função produz prazer e satisfaz o sujeito.

Maslow (1954), outro representante desta abordagem, organiza as motivações dentro de uma escala hierárquica, associando-as à satisfação das necessidades. Quando uma motivação está satisfeita, ocupa o lugar que, adiante se encarregará de controlar a conduta do sujeito. Rogers (1959) foi outro dos representantes destas teorias. Os humanistas baseiam as suas teorias da motivação na premissa de que o homem basicamente é bom e possui uma capacidade inata (biológica) para crescer e amadurecer. Acreditam no carácter único de cada homem. Segundo Franken (1998: 19) *“o conceito central do humanismo é a necessidade de auto-actualização que o homem tem, que depende do desenvolvimento de um auto-conceito elevado”*.

As teorias humanistas sugerem, nomeadamente a de Rogers (1959) que, os indivíduos têm dentro de si a capacidade de julgar o que é bom ou mau para si. Os indivíduos valorizam positivamente as experiências percebidas como manutensoras e enriquecedoras do seu Eu e valorizam negativamente as experiências que empobrecem o seu crescimento. Na interacção com o ambiente, desenvolvemos a necessidade dum *“olhar positivo”* – a necessidade de aprovação, de aceitação e de amor. A necessidade dum olhar positivo também torna os indivíduos sensíveis à crítica e aos elogios dos outros. O olhar positivo torna-se consciente e o resultado dessa internalização é que o

indivíduo desenvolve um olhar positivo sobre si próprio. O que, para este autor, é fundamental, no sentido de realizar o seu potencial.

2.1.2 - Auto-Regulação da Motivação

A pesquisa com animais indica que a tendência para explorar é motivada pela novidade ou alteração do estímulo. Tal como os animais, o ser humano é motivado pela variedade e novidade dos objectos com que se depara. É consideravelmente evidente, segundo Franken (1998), que animais e homens são motivados pela complexidade dos objectos. A tendência para explorar é substancialmente reduzida quando os organismos estão ansiosos ou amedrontados.

A pesquisa no ser humano sugere que determinados indivíduos têm uma predisposição temperamental que reduz acentuadamente a sua tendência para explorar (Franken, 1998). É consideravelmente evidente, que a tendência para explorar o que é novo e complexo é intensamente estimulante, tanto como o resultado à exposição a certos tipos de estímulos.

As duas principais teorias dos comportamentos de curiosidade e exploração emergiram da ideia de que o ser humano tem uma tendência natural para processar informação (Brunner & Suddarth, 1987). Os organismos estão motivados para procurar um nível de complexidade ligeiramente acima do seu nível corrente.

Berlyne (1971) sugeriu que o mecanismo exploratório subjacente aos comportamentos em jogo é estimulante. Quando a estimulação baixa, os organismos estão motivados para incrementar estímulo, interagindo com novos estímulos no seu meio. O estímulo que é capaz de provocar uma óptima estimulação, torna-se objecto de atenção. De acordo com a teoria de Berlyne, a focalização da atenção num objecto é insuficiente para produzir processamento da informação. Depois de toda a informação processada, o indivíduo sentir-se-á impelido para procurar um novo estímulo.

A tendência para explorar é reduzida por elevados níveis de estimulação, como aquela produzida pelas drogas ou pelo medo. Porque os indivíduos são diferentes sob o ponto de vista dos níveis de estimulação e de medo, não surpreende que hajam também grandes diferenças na sua tendência para explorar.

A auto-regulação dos comportamentos acompanha o desenvolvimento das teorias cognitivo-sociais e envolve três etapas: a auto-observação (auto-monitorização); a auto-avaliação (auto-julgamento) e a reacção (auto-incentivo) (Franken, 1998).

A auto-observação ou auto-monitorização, é a consciencialização de um comportamento. É necessário consciencializar um comportamento para o podermos mudar. Isto significa monitorizar o comportamento, observá-lo com objectividade e sistematizá-lo. Se o indivíduo observar com atenção o seu desempenho, sentir-se-á impelido a estabelecer objectivos que o levam a melhorar progressivamente.

A auto-avaliação ou auto-julgamento, é a etapa em que o indivíduo decide se o que faz é congruente com o que quer fazer, ou seja, define os seus padrões. Os padrões pessoais são desenvolvidos a partir da informação que vamos adquirindo dos outros significativos. O que não se faz de forma pacífica e linear. Os padrões pessoais vão-se construindo pela reflexão dos comportamentos dos outros e os efeitos que eles produzem, as suas consequências.

A reacção ou auto-incentivo é a reacção afectiva que acompanha o auto-julgamento, que é inevitável. Quando o indivíduo tem sucesso, geralmente experimenta sentimentos de prazer ou satisfação, quando falha ou tem performances pobres, experimenta sentimentos de insatisfação ou desagrado. Estas reacções podem levar os indivíduos a estabelecerem metas mais elevadas, ou por outro lado, a abandonarem as suas metas. Para atingir as metas é necessário seguir um curso da acção que produza reacções positivas, evitando os cursos de acção que levam à auto-censura.

Quando um indivíduo contingentemente obtém satisfação após determinados comportamentos, auto-motiva-se para dispendir a energia necessária para alcançar os seus objectivos. Os indivíduos bem sucedidos na regulação da sua motivação, fazem uso efectivo dos auto-incentivos, como por exemplo fazendo da satisfação uma contingência mesmo quando desenvolvem acções rotineiras, tanto quanto necessário para realizar os seus objectivos (Bandura, 1991).

As metas que o indivíduo estabelece podem funcionar como, um estímulo ao esforço, dar alento à persistência, providenciar uma direcção ou motivar o desenvolvimento da estratégia. Os três primeiros pressupostos derivam das teorias tradicionais da motivação, o quarto da teoria cognitiva da motivação. A estratégia de desenvolvimento implica, encontrar caminhos para realizar os objectivos. De acordo com a teoria cognitiva da motivação, o indivíduo estabelece uma regra quando determina o melhor caminho para atingir determinada meta. Para tal o indivíduo precisa de adquirir conhecimento, pensar alternativas, fazer planos e ir em frente. As teorias cognitivas da motivação defendem que as metas motivam ao empenhamento na actividade.

Geralmente distingue-se entre metas proximais e distais, ambas são importantes, por servirem diferentes funções. Se uma meta pretende gerar uma acção deve ser mais proximal do que distal. As metas proximais estão relacionadas com o futuro próximo. Se o indivíduo encontrar as suas metas proximais, tem talvez a oportunidade de realizar as suas metas distais. As metas distais, Franken (1998), refere-as como níveis de aspirações. Por exemplo, se o indivíduo completar o 12º ano (meta proximal), pode eventualmente aspirar a fazer uma licenciatura (meta distal). Regra geral as metas distais sem as metas proximais, são inúteis e vice-versa, pois tendem a não gerar acção. As metas distais estão geralmente associadas a emoções antecipatórias satisfatórias.

Em suma as metas distais têm a capacidade de sustentação da motivação, mesmo quando o indivíduo persegue uma interminável meta proximal. Por exemplo, um aluno do ensino secundário tenta superar as suas dificuldades a matemática durante anos, para poder atingir a licenciatura.

As metas distais claras também mantêm o indivíduo no seu caminho, sem as quais tenderia a balançar numa e noutra direcção. As metas distais são motivadoras da acção. As metas proximais são uma fonte contínua de motivação.

Há indivíduos que são relutantes a estabelecerem metas, pelo receio de não as conseguirem atingir, ou seja não estabelecem as metas, porque estão motivadas para se protegerem dos insucessos, sob o ponto de vista da sua auto-estima. As metas estão sempre associadas a emoções positivas, satisfatórias ou negativas, insatisfatórias.

Bandura (1991) considera que as metas mais difíceis motivam mais os indivíduos que as mais fáceis, pois a tendência para dispendir esforço para as atingir é maior. Para este autor, a retroacção é fundamental na manutenção de um elevado nível de motivação. A motivação será assim mais elevada na presença de ambas as metas e retroacção. O indivíduo está motivado para desenvolver determinado padrão de performances, que estabeleceu para si próprio. Sem retroacção, o indivíduo não pode avaliar os resultados e determinar a quantidade de esforço que deve acrescentar para preservar o seu nível de performance.

A motivação para trabalhar no sentido de conseguir as metas é aparentemente mediada por um compromisso. Na teoria de Bandura (1991), as metas estabelecidas pelo próprio indivíduo, tendem a produzir uma maior motivação do que as metas estabelecidas por outrem. Isto explica-se por duas ordens de razão. Primeiro, o indivíduo está na melhor posição para estabelecer as suas próprias metas por ser o melhor juiz da sua capacidade de realizar uma tarefa. Em segundo lugar, o indivíduo

tende a comprometer-se mais com as suas próprias decisões. Por isso faz sentido que o estabelecimento das próprias metas maximize a motivação.

As pesquisas de Locke e Latham (1990), indicam que as metas difíceis impostas, podem motivar o indivíduo, mas só quando ele se compromete com a meta. No entanto, metas difíceis estabelecidas por outrém podem indiciar confiança e elevadas expectativas dos outros, no desempenho do indivíduo, o que pode funcionar como factor motivacional.

As pessoas que foram instruídas para fazer o seu melhor, aparentemente não o fazem melhor que as pessoas sem metas (Locke e Latham, 1990). Ao que parece a indicação para fazer o seu melhor, é interpretada pelos indivíduos no sentido de continuar no mesmo caminho. Assumem que fazem sempre o seu melhor, a não ser que identifiquem desafios nas metas. Ou seja, se uma meta serve para motivar um comportamento deve criar uma discrepância. O que seria o mesmo que perguntar: o teu melhor chega para fazer isto?

A maioria das teorias relacionadas com metas defendem, segundo Franken (1998), que as metas criam uma discrepância entre o posicionamento do indivíduo (onde ele está) e onde ele gostaria de estar e esta tensão criada pelas discrepâncias é que leva à acção.

Alguns autores distinguem três tipos de discrepâncias (Locke & Latham, 1990; Franken, 1998), discrepância elevada, discrepância ideal e discrepância normal.

A discrepância elevada, segundo a teoria das discrepâncias, faz com que os indivíduos focalizados nas metas proximais precisem de criar discrepância consideravelmente maior para se motivarem para a acção. Neste caso quanto maior a discrepância maior a motivação.

A discrepância ideal, de acordo com esta teoria, pressupõe que uma tarefa não deve ser tão difícil que o indivíduo não a consiga executar, nem tão fácil que não constitua um desafio individual. Tem as suas raízes nas teorias dos processos cognitivos, que descrevem a forma como os indivíduos processam a informação e desenvolvem as competências.

A discrepância normal, é aquela em que os indivíduos são motivados pela comparação, ou seja, a motivação desenvolve-se pelas discrepâncias entre as habilidades de que são capazes e aquelas de que são capazes indivíduos ou grupos de referência.

De acordo com Bandura (1991), as discrepâncias são reduzidas através de um processo que se chama “*conceito de combinação*”, é o mecanismo que determina a

limitação da motivação. A chave da realização da meta é estrategicamente desenvolvida, visto que envolve a definição de caminhos a percorrer para atingi-la e afinação do comportamento. Quando se estabelece uma meta cria-se uma imagem de antecipação do resultado. Se a imagem antecipa um bom resultado, a tendência será para manter um esforço mais prolongado do que se a imagem antecipa um resultado débil. Uma boa imagem dum resultado sustenta a motivação. Está subjacente a ideia de que os indivíduos têm diferentes metas e diferentes crenças acerca das suas habilidades para atingir essas metas. As imagens criadas e vivenciadas são, segundo Franken (1998), de importância fulcral nos processos motivacionais.

Na regulação da motivação ainda temos que considerar a teoria da auto-eficácia de Bandura, que tem a ver com a percepção que o indivíduo tem da consecução das metas a que se propõe e com as expectativas depositadas. Esta teoria envolve o constructo expectativa de resultado e sentimentos de auto-eficácia.

As expectativas de resultado ou “*a estimativa que a pessoa faz de que determinado comportamento a levará a determinados resultados*” (Franken, 1998: 407). Se as expectativas de resultado são baixas, então o indivíduo não estará motivado para atingir aquela meta. Se são elevadas, o indivíduo pode dar o passo seguinte, mobilizando os recursos necessários para atingir os resultados. A este julgamento Bandura (1991), chama “*sentimentos ou expectativas de auto-eficácia*”, que define como sendo “a convicção de que o indivíduo pode ser bem sucedido na execução do comportamento requerido para atingir determinados resultados”. As expectativas de auto-eficácia são estáveis no tempo, mas variam na situação. Tal como os sentimentos gerais de competência, a auto-eficácia é uma situação específica.

Segundo a teoria de Bandura, o comportamento é regulado de igual forma por sentimentos de auto-eficácia e pelas expectativas de resultado. Se o indivíduo tem fortes expectativas de resultado e fortes expectativas de auto-eficácia, tende a realizar o máximo esforço para atingir o resultado desejado. Testes de auto-eficácia tem sido utilizados para prever performances, sendo bons predictores de um leque alargado de comportamentos.

Em última análise o comportamento é motivado pelas aspirações, concepções abstractas do que desejamos para o futuro. Está inerente a ideia de desenvolvimento de competências.

Avaliação da motivação

A motivação não se vê é um constructo hipotético, inacessível à observação directa, pelo que, a avaliação da motivação faz-se geralmente por escalas de atitudes em que são descritos comportamentos e onde a pessoa se coloca por identificação aos mesmos, geralmente pelo método de questionário, onde os indivíduos descrevem os seus sentimentos em relação aos seus comportamentos e as suas expectativas. A pesquisa tem produzido inúmeros instrumentos de avaliação da motivação, que têm acompanhado as diversas teorias de conceptualização ao longo da história e que nos vamos abster de referenciar aqui. Geralmente são avaliadas dimensões como, a motivação intrínseca, a motivação extrínseca, as expectativas de eficácia e resultado, o grau de empenhamento, as metas e objectivos profissionais e pessoais, a percepção de sucesso e de fracasso. As mais divulgadas, são geralmente escalas do tipo Likert.

2.2 - MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL

A motivação profissional pode-se considerar de complexa compreensão. A prova disso é que existem tarefas que o indivíduo está pronto a cumprir de maneira totalmente desinteressada e prazenteira, mesmo a troco de muito pouco ou mesmo nada e outras que não levará a cabo a troco de todos os benefícios imagináveis, independentemente do grau de dificuldade.

Não é portanto por acaso que o tema motivação se tornou objecto preferencial da observação, análise e intervenção dos investigadores, com predominância para as áreas das ciências sociais, humanas, psicológicas e da gestão das organizações. Nas áreas da Sociologia e da Gestão, têm sido desenvolvidos e testados na prática, modelos de intervenção, para estimulação da motivação, dos quais Lévy-Leboyer (1994) destaca: a teoria de Mc Gregor (o sistema 4 de Likert); o esquema bifactorial de Herzberg; o homem complexo de Schein; o enriquecimento do trabalho; grupos autónomos (sociologia das organizações); a democracia industrial e mais recentemente, os círculos de qualidade. Estas técnicas de estimulação da motivação no trabalho acompanharam na história os paradigmas da área da gestão e administração e contribuíram para abalar a representação Tayloriana (teoria da administração de Taylor) do “*homem económico*”, no seu sentido mais restrito, ou seja, motivado basicamente por factores económicos (dinheiro) em troca do seu trabalho.

Estes modelos de intervenção desenvolvem-se em contextos de evolução tecnológica e de crescimento económico, em contextos de reorganização política dos sistemas sociais, em que a nota dominante é o progresso.

Nas últimas duas décadas verificou-se um abrandamento económico das sociedades e uma crise social generalizada, fazendo emergir problemas laborais, nomeadamente de desemprego e trabalho precário.

Quando outrora se colocava o ênfase na activação da motivação dos indivíduos para aumentar o desenvolvimento e a produtividade, actualmente o que se tenta é compreender as causas da desmotivação, no sentido de tentar conter a sua expansão e as consequências directas de baixa produtividade, da deficiente qualidade dos serviços e do grande absentismo, sendo este o tema mais discutido na actualidade quer sob o ponto de vista político-económico quer social.

A (des)motivação não pode ser abordada no sentido unicausal, necessitando antes duma análise multifactorial e pluridimensional, o que determina a pesquisa dos processos que lhe estão subjacentes.

Para Lévy-Leboyer (1994), o que se observa, é uma “*reviravolta nos valores do trabalho*” e simultaneamente um “*distanciamento*” na relação com o trabalho. Reviravolta nos valores do trabalho porque, o significado do trabalho está enfraquecido, destituído da sua importância, estando o seu valor frequentemente associado a meras vantagens materiais e à necessidade de subsistência. Distanciamento, no sentido da vida profissional representar uma importância cada vez menor no todo da vida. O que também se observa no pólo oposto, é uma hiper valorização do trabalho e uma dedicação quase exclusiva ao mesmo, com objectivos últimos de consumo, sucesso a qualquer preço, mediado pela competitividade, quer pessoal quer profissional, por vezes mediado apenas pela solidão que as sociedades de hoje impõem ao indivíduo, tantas vezes em detrimento de factores individuais de grande importância como, a vida familiar e afectiva, o círculo social, os momentos de lazer. Há como que uma bipolarização extremada da motivação profissional.

Estamos portanto, perante divergentes atribuições de valorização do trabalho, o que pressupõe um alargado leque de predisposição motivacional, quantas vezes contraditório.

A “*crise*” de motivações atinge todas as categorias profissionais, o que, para Lévy-Leboyer (1994), não se resume àquelas cujas actividades sejam penosas, repetitivas e fragmentadas, mas também, à ausência de entusiasmo entre os executivos, profissionais liberais, funcionários colocados em postos de responsabilidade, os artesãos, os técnicos,

os profissionais do ensino, os profissionais da saúde, etc. Para este autor, a comprovação da existência de crise de motivações e a sua crescente abrangência, representa uma grave ameaça quer sob o aspecto da eficácia, como do ponto de vista da coesão social.

Se por um lado existem indicadores da crise generalizada das motivações (produtividade baixa, qualidade incipiente, absentismo não ligado à doença mas a factores emocionais e afectivos, etc.), por outro, a globalização, o exacerbado crescimento sócio-económico e a constante renovação tecnológica têm implicações directas, em diversas áreas da vida e nos aspectos sociais. Estamos perante uma sociedade e organizações em constante mudança e renovação, o que é determinante para o progresso e que, sendo previsível, é mesmo desejável. É no acompanhamento deste progresso acelerado que o ser humano se ressentir.

Se considerarmos as crises (as mais diversas), situações normativas de crescimento e evolução ao longo da história de vida do ser humano, estamos perante uma imposição de mudança. Se considerarmos ainda que as mudanças efectivas desencadeiam crises de readaptação de ordem situacional (Relvas, 2000) quer sob o ponto de vista social, económico-político ou pessoal, poderemos então falar de crise de motivações no âmbito da crise de crescimento social. *“Ao longo dos séculos sucedem-se crises e mudanças que levaram a novas formas de trabalho e organização social”* (Lévy-Leboyer, 1994).

Ao longo do seu ciclo vital, o indivíduo avança nas suas etapas de vida, através das mudanças de readaptação às novas situações de vida. As mudanças despertam conflitos (internos e externos), logo o indivíduo desenvolve crises, na procura de estratégias para resolver o problema. Essas estratégias passam por momentos de experimentação, uns mais eficazes do que outros.

Provavelmente a crise de motivações para o trabalho, nas sociedades actuais, é inevitável e até mesmo desejável no que se refere ao avanço social, o que nos sugere que o mais importante será tentar compreendê-la cada vez melhor.

Neste renovar colectivo de valores é possível observar situações variadas, em que determinadas categorias profissionais e até sectores de actividade são mais ou menos afectados e outros mais ou menos preservados. Entre nós, sectores como a saúde e a educação, são o exemplo, dos mais marcantes, de actividades afectadas.

No entanto, há outro factor nesta visão sobre a motivação profissional, que não poderemos deixar de abordar, que é a deslocação das motivações, ou seja, no contexto da reorganização social e dos seus valores, as motivações deslocaram-se. Há uma diversidade imensa de áreas (extra profissionais) em que o indivíduo se pode envolver e

se envolve, de forma motivada e por vezes bem sucedida. Exemplos do que acabamos de referir são, as actividades desportivas (o culto do corpo e da saúde), lúdicas (actividades manuais com o artesanato entre outras, actividades de grupos sociais), actividades comunitárias (de solidariedade ou promoção de estilos de vida saudáveis), as artes (pintura, literatura, etc.), a cultura (viagens, lazer), só para citar as mais correntes.

O que nos leva a questionar se as pessoas estão desmotivadas ou se as suas motivações se deslocaram do trabalho para outras actividades, outros valores?

Segundo Lévy-Leboyer (1994: 72), é legítima a constatação de que “*as mesmas coisas não motivam mais as mesmas pessoas*”, e daí decorrem duas ideias centrais, a primeira é de que a ideia de um fenómeno massivo e genérico de desmotivação não resiste à análise. Os que outrora eram muito motivados pelo trabalho procuraram noutros lugares e fora da vida profissional os seus centros de interesse e a sua identidade. A segunda ideia prende-se mais com uma crise de valores do que propriamente com uma crise de motivações, “*não seriam as pessoas que mudariam, mas o ambiente cultural e as bases éticas do comportamento que seriam profundamente remanejadas*” (Lévy-Leboyer, 1994: 47-48). Se as motivações no trabalho enfraquecem, é porque as motivações fora do trabalho nunca estiveram tão vigorosas.

Numa sociedade em constante mudança e em que cada homem é único, detentor dum património pessoal inconfundível, o estudo da motivação fica empobrecido se o centrarmos na análise dos factores causais. No nosso estudo consideramos que mais importante que conhecer as causas da motivação é tentar compreender os factores organizacionais da motivação. Quais as estruturas implicadas na estruturação deste processo dinâmico, contextualizado e situacional, que é a motivação humana. Pelo que partimos dum constructo, considerado na literatura da especialidade como organizador do comportamento humano, neste contexto específico que é o da profissão de enfermagem.

O que se impõe compreender de forma cada vez mais clara é em que medida e dentro de quais padrões individuais se efectuam as actuais mudanças na motivação profissional. De que forma são afectadas, na sua especificidade, determinadas profissões? Quais as estruturas pessoais de influência? Estará o homem mais desmotivado ou mais pobre na forma como se olha e portanto menos expectante?

No nosso estudo partimos do pressuposto, que um dos factores de influência incontornável na motivação do indivíduo é o auto-conceito, ou seja, a auto-consciencialização e as auto-observações de si, que integram a observação social.

Talvez uma das prováveis explicações para a bipolarização motivacional a que se assiste nos dias de hoje, o que fornece o tal impulso que dirige o comportamento para a actividade.

Quando se trata de analisar aspectos da motivação numa profissão na área de saúde, como a de enfermagem, há outros factores a ter em conta, os horários de trabalho por turnos, com grande peso do trabalho nocturno, os ritmos acelerados de trabalho, o stress emocional, os rápidos avanços tecnológicos e o envelhecimento precoce do equipamento, a competitividade, a relação qualidade/custo, a gestão dos tempos livres, entre outros.

2.3 - MOTIVAÇÃO NA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

As profissões na área da saúde são de grande desgaste físico, mas principalmente emocional e afectivo. Os factores psicológicos assumem, nestes profissionais, uma importância fundamental nas suas práticas diárias, o que é explicado pelas características do serviço que prestam.

A focalização dos serviços de saúde nos últimos anos tem sido colocada na melhoria dos cuidados de saúde e na criação de novos serviços, visando a manutenção do bem-estar das pessoas e a satisfação das suas necessidades, a promoção da saúde e a qualidade de vida, sendo que o número de pessoas ajudadas por técnicos de saúde aumentou consideravelmente. A acessibilidade facilitada ao Serviço Nacional de Saúde é actualmente um facto indiscutível, independentemente dos problemas estruturais.

Este aumento considerável da procura dos técnicos de saúde por parte dos utentes, aliado à racionalização dos recursos (aumento da quantidade de trabalho) e à necessidade de reduzir os meios implica, segundo Lousada (2000), que estes profissionais trabalhem diariamente sob grandes pressões físicas e psicológicas.

As mudanças sociais, científicas e tecnológicas têm aumentado a complexidade dos cuidados de saúde e têm trazido novos desafios aos profissionais de saúde em geral e aos enfermeiros em particular, o que segundo Santos (2000) se deve à procura duma identidade própria.

Do confronto constante com estes novos desafios foi-se gerando, nos profissionais de saúde uma crescente insatisfação. Este clima de insatisfação crescente e generalizado é explicado por Jonhson (1984) como relativo à necessidade de romper com os paradigmas mecanicistas, organicistas e intelectualistas, que durante longos anos

dominaram a epistemologia psicológica e que se revelaram incapazes de representar o ser humano no seu papel de autor autónomo e intencional (cit. por Paixão e Silva (2001) e portanto inadaptados.

Uma boa adaptação da pessoa ao meio resulta em reacções positivas (motivadoras) e estimulantes do crescimento, desenvolvimento pessoal e desempenho profissional, sendo que uma fraca adaptação pode conduzir a níveis elevados de stress, consequentes processos de desmotivação, com consequências negativas para o indivíduo, para as instituições e para os utentes.

Esta insatisfação emerge das crises de mudança, institucionais, sociais, políticas e pessoais e pode predispor os profissionais de saúde para crises motivacionais. As pessoas, geralmente, resistem à mudança, porque gostam dos seus padrões e hábitos bem definidos.

E é neste âmbito que surge nos profissionais de saúde aquilo a que alguns autores denominam de “*stress motivacional*” (Lousada, 2002). Diversos autores consideram que em consequência disto muitos técnicos de saúde perdem o interesse, o idealismo, a energia e firmeza iniciais, desenvolvem baixa moral, sentimentos e atitudes negativas, face a si próprios e aos outros; reduzem o seu envolvimento nas questões institucionais e profissionais, faltam mais e alguns abandonam mesmo a profissão (Eastburg, Williamson, Gorsush & Ridley, 1994; cit. por Lousada, 2002).

Para Garcia (1990) o stress motivacional é característico de profissionais que trabalham com pessoas. Surge como consequência da tensão emocional constante e persistente e do esforço da relação de interacção contínua e exaustiva com pessoas com problemas.

Quanto aos profissionais de enfermagem, esta problemática é acrescida, pelo excesso de horas de trabalho devido à carência de enfermeiros e ao reduzido número de efectivos nos serviços, pela sobrelotação dos serviços, com o consequente aumento da quantidade de trabalho, muitas vezes em detrimento da qualidade desejada pelo profissional, pelas dificuldades inerentes às próprias mudanças da profissão e consequente crise de identidade, pelas constantes reestruturações da carreira e estatutos e consequente perda de valores profissionais.

Esta é uma profissão de alto risco, o que para Lousada (2002), é explicado pelos longos períodos de envolvimento emocional destes profissionais com os doentes numa interacção em torno de problemas físicos, psicológicos, sociais e educacionais, carregada de sentimentos, por vezes paradoxais. Estes profissionais são também alvo de processos de transferências, em que o doente deposita nas mãos do profissional a

responsabilidade da doença ou da recuperação da sua saúde, o que leva à prevalência de sentimentos de impotência e de (des)realização, perante estratégias de defesa pouco eficazes. Neste aspecto das transferências os profissionais mais afectados são de facto os enfermeiros, porque são os únicos profissionais de saúde que, em meio hospitalar, permanecem com os doentes vinte e quatro sobre vinte e quatro horas, são eles que estão à cabeceira do doente a tratá-lo.

Os factores organizacionais, ambientais, comunicacionais, associados à sobrecarga de trabalho que pode ser quantitativa (excesso de trabalho) e qualitativa (grau de dificuldade do trabalho) influenciam, segundo Caplan (1974), directamente os processos de motivação, podendo levar assim a situações de risco motivacional e mesmo desmotivação.

A ideia de poder ajudar os outros e partilhar os seus problemas pode funcionar, em princípio, como fonte de motivação. Mas nem todas as expectativas de êxito são objectivas e reais, pelo que o fracasso pode surgir e surge com uma frequência indesejada, devido à insuficiência dos meios (falta de recursos materiais e humanos) ou à falta de cooperação dos envolvidos (doentes e acompanhantes, colegas, hierarquias, etc.) ou ainda se não existirem estratégias de defesa do próprio profissional. ”*As expectativas emocionais no trabalho são causas de risco emocional* “(Garcia, 1990, cit. por Lousada, 2002).

Fuller e Farrington (2001), defendem que, entre as diversas razões que desmotivam os colaboradores numa organização, levando-os ao extremo de a poder abandonar, o maior erro é achar que o importante para o trabalhador é a remuneração. Problemas como a falta de autonomia (que os enfermeiros tem vindo a reivindicar), o excesso de burocracia (o que é problemático nos serviços de saúde), a má gestão e falta de estratégias estáveis, são razões de maior peso.

Parece-nos pertinente que a investigação sobre motivação, se desloque dos factores organizacionais e económicos para os determinantes da dinâmica pessoal e emocional, de maior relevo no comportamento humano, comprovado que está que os incentivos materiais muito pouca importância exercem nas decisões dos indivíduos quando confrontados com factores cognitivo-perceptuais e afectivos.

As pesquisas mais recentes argumentam que não se pode pensar em emoções sem considerar a motivação e não se pode pensar em motivação sem considerar as emoções (Frijda, 1988; Lazarus, 1991; cit. por Franken, 1998; Damásio, 2000).

As emoções, sentimentos e paixões, percorrem, segundo Tavares e al. (1995), toda a estrutura da personalidade humana e constituem uma espécie de “*lubrificante*” que

assegura o seu bom funcionamento. Sendo que, a este lubrificante da engrenagem humana, se pode dar o nome de “*afectividade*”, cobrindo e influenciando uma grande panóplia de comportamentos agradáveis e desagradáveis do sujeito humano. Esta influência pressupõe conhecimento a nível cognitivo ou metacognitivo de maior ou menor complexidade, “*o que não é consciencialização para o psiquismo, não influencia o comportamento*”. Para estes autores a presença deste lubrificante em toda a actividade humana é o que lhe confere o estatuto de verdadeira humanidade, inimitável pelas máquinas.

Que outro conhecimento pode ser mais importante e estar mais consciencializado para o ser humano que o conhecimento de si próprio? O que a investigação nos deu a observar até agora é que, a maneira com o indivíduo se vê e se consciencializa de si, é um construto de relevante importância em toda a actividade humana.

EM SÍNTESE, em termos gerais podemos dizer que a motivação é a plataforma para a acção de toda a conduta humana e o seu interesse reside na sua potência explicativa e predictiva do comportamento humano.

A interpretação teórica deste conceito variou largamente ao longo da história, desde uma primeira época em que dominou o paradigma mecanicista, centrado em variáveis como o instinto, impulso, activação, necessidade e energia (tendências de aproximação, evitamento e homeostase), que moviam um organismo para a acção. Este paradigma entra em crise desde que se reconhece que uma recompensa tem uma grande variedade de significados e implicações motivacionais diferentes.

Centra-se a teorização sobre motivação nas expectativas, nas metas, nas discrepâncias, nos sentimentos de auto-eficácia, entramos na fase do paradigma cognitivo-comportamental. A base destas teorias tem como pontos fundamentais, a direcção do comportamento humano (activação e persistência), as diferenças individuais (necessidades, ansiedade em relação ao sucesso/fracasso, controlo pessoal), os objectivos da conduta humana (êxitos e fracassos) e as expectativas (as probabilidades subjectivas) para alcançar os objectivos. A atribuição causal que rodeia o comportamento humano e os resultados do comportamento consideram-se fundamentais. São recuperadas as crenças e atitudes do indivíduo, as expectativas e os valores. Mais recentemente, o paradigma humanista começa a impor-se, as emoções assumem um papel relevante no controle da motivação. Há autores, como Damásio (2000), que defendem que não há motivação sem emoções e não há emoções sem motivação.

Hoje não existe uma teoria unificada da motivação, coexistindo uma grande variedade de enfoques no seu estudo. Os aspectos cognitivos e afectivo-motivacionais são actualmente indissociáveis.

Nos processos de motivação é fundamental o processo de auto-consciencialização e processamento da informação do indivíduo em relação a si próprio, aos outros e à sua conduta. Sendo o auto-conceito do indivíduo, o constructo responsável por esta auto-consciencialização, somos levados a acreditar que este tem uma influência fundamental nos processos motivacionais.

PARTE II- ESTUDOS DE CAMPO. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS

CAPÍTULO 3 - ESTUDO PRÉVIO PARA TESTAR O MODELO TEÓRICO

O Auto-conceito (AC) e a Motivação são constructos mentais, ambos caracterizados pela internalidade, embora influenciados por factores externos. A Relação Educativa é o instrumento básico de trabalho do enfermeiro, mediado pela Relação de Ajuda, sendo que, o enfermeiro é o “*Educador para a Saúde*” por excelência.

O estudo prévio efectuado teve como principal objectivo testar o modelo de análise proposto.

3 - O MODELO DE ANÁLISE

O Modelo de Análise surge da necessidade do investigador sistematizar e organizar o seu trabalho, estabelecendo correlatos empíricos entre as variáveis em estudo. Tem duas fases, a fase do modelo teórico e a fase do modelo validado ou modelo emergente.

A fase do modelo teórico, na qual se centra a presente reflexão, é a tentativa de explicitação da problemática em estudo (exposta no primeiro capítulo deste trabalho). Esta fase requer validação, através de técnicas de investigação, pelo que, o modelo deve ser submetido a aprovação por peritos e especialistas.

Emerge um modelo, o modelo validado e reformulado, a partir do qual podem ser formuladas as hipóteses.

A problemática em estudo no modelo teórico

A maneira como o indivíduo se observa é determinante no seu grau de envolvimento a qualquer nível. Quando se fala em itinerários pessoais e satisfação de necessidades individuais, fala-se de construções pessoais, de internalidade, de estrutura pessoal, de motivações, de auto-referências, auto-imagens, identidades.

Se a focalização se dirige actualmente para as necessidades pessoais, sob o ponto de vista da motivação profissional, não as podemos compreender se não percebermos cada vez melhor, os processos e mecanismos de construção mental e social inerentes aos sujeitos e a integração e processamento que deles fazem.

Sendo o auto-conceito do indivíduo, um constructo mental integrador, não podemos dissociá-lo da forma como esse indivíduo se observa, processa a informação e define as suas prioridades.

Atendendo ainda à “*crise de motivações*” (Jesus,1996) para o trabalho, isto é, a menor importância do desempenho profissional no contexto das actividades humanas parece-nos lícito pensar que quanto mais profundo for o conhecimento e entendimento das pessoas e dos seus processos psicológicos e sociais, mais eficazmente se dirige os processos educativos para as suas necessidades.

Neste contexto, coloca-se o seguinte problema geral; “ *Quais as relações existentes entre o auto-conceito dos enfermeiros e as competências profissionais que demonstram, atendendo aos efeitos da variável motivação?*”

Os Objectivos do Estudo Prévio

Tendo por referência o anteriormente exposto, é nosso **objectivo geral** testar o modelo, estudando a relação de influência que existe entre o auto-conceito dos enfermeiros e a sua motivação profissional.

Este objectivo geral pode subdividir-se em alguns **objectivos específicos**:

- Confirmar com os peritos e especialistas a pertinência do conteúdo exposto;
- Confirmar com os peritos e especialistas a inteligibilidade e a forma do instrumento de colheita de dados;
- Validar o modelo teórico, no sentido do modelo emergente servir de base á pesquisa que pretendemos efectuar.

3.1 - MAPA CONCEPTUAL

Para o estudo que propomos e no sentido de testar o modelo teórico, partimos de dois conceitos: “ *Auto-Conceito* “ e “*Motivação Profissional*”.

O *Auto-Conceito* será estudado à luz de duas dimensões, o auto-conceito geral individual e o auto-conceito de competência. O auto-conceito geral individual foi avaliado pelas componentes do ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito), de Vaz serra (1986), aferido á população geral portuguesa, sendo os seus indicadores os itens de quatro (4) sub-escalas. O auto-conceito de competência foi avaliado pelas componentes da Escala de Avaliação de Auto-Conceito de competência de Faria e Santos (1998),

aferida para a população portuguesa, adaptada por nós para enfermeiros, cujos indicadores são os itens de seis (6) sub-escalas.

A *Motivação Profissional* foi analisada através das dimensões: projecto profissional, motivação intrínseca e expectativas de eficácia, nos seus componentes, pela Escala de Motivação e Empenhamento na Relação Educativa, de Jesus (1997), adaptada por nós para enfermeiros, cujos indicadores serão os itens de três (3) sub-escalas.

Delimitação do Campo de Observação

O que se pretende observar é o comportamento das variáveis em estudo, nos profissionais de enfermagem do Algarve, sendo esta amostra seleccionada da População do Algarve, por conveniência do investigador.

Para testagem do modelo foi elaborada uma pequena amostra de enfermeiros (n=116) de duas instituições de prestação de cuidados de saúde, seleccionadas por acessibilidade.

O que se pretende é observar o nível de concordância da amostra seleccionada com o modelo teórico proposto.

3.1.1 - Modelo Teórico e hipóteses de investigação

O estudo prévio obteve a fundamentação para validação do modelo teórico. O modelo teórico utilizado neste estudo compreende duas variáveis, a variável independente (o auto-conceito) e a variável dependente (a motivação). Estabeleceu-se assim, empiricamente, que o auto-conceito do enfermeiro influencia a sua motivação profissional. O Auto-Conceito é analisado aqui á luz de duas dimensões, o auto-conceito geral individual e o auto-conceito de competência. A nível da motivação são consideradas três dimensões, projecto profissional, motivação intrínseca e expectativas de eficácia;

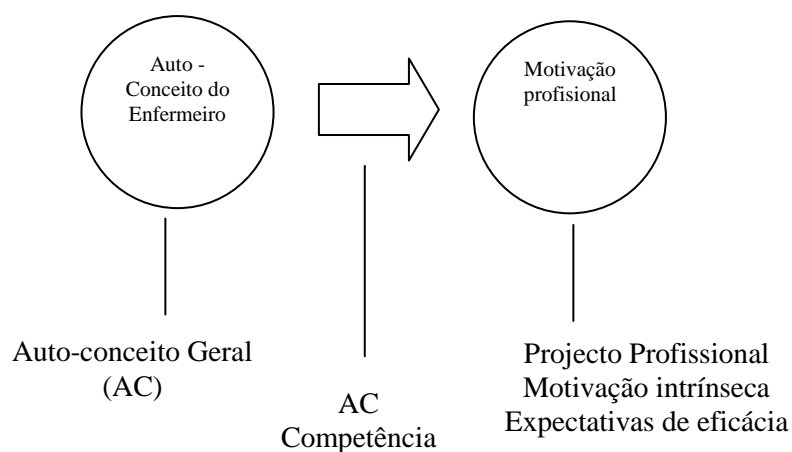


FIGURA 1 - Modelo Teórico e suas dimensões

O Modelo Teórico atrás exposto levou-nos à construção do Mapa Conceptual que se observa na Figura 2.

MAPA CONCEPTUAL			
CONCEITOS	DIMENSÕES	INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	ITENS
Auto-conceito	Auto-Conceito Geral Individual	Inventário Clínico de Auto-conceito (ICAC), de Vaz Serra (1986)	Itens de cinco sub-escalas (20 itens)
	Auto-Conceito de Competência	Escala de Avaliação do Auto-Conceito de Competência, de Faria e Santos (1998), adaptada por nós para enfermeiros	Itens de seis sub-escalas (31 itens)
Motivação Profissional	Projecto profissional; Motivação intrínseca; Expectativas de Eficácia.	Escala de Motivação e Empenhamento na Relação Educativa, de Jesus (1997), adaptada por nós para enfermeiros	Itens de três sub-escalas (13 itens)

FIGURA 2 - Mapa Conceptual

As dimensões implicadas nos conceitos utilizados neste estudo serão avaliadas nas suas componentes, através das escalas adaptadas para o grupo profissional em causa,

construídas com base em escalas devidamente validadas ao contexto português e publicadas, que são as seguintes:

- Escala de Avaliação do Auto-Conceito Geral Individual- ICAC-Inventário Clínico de Auto-Conceito (Vaz Serra, 1986);
- Escala de Avaliação do Auto-Conceito de Competência (Faria & Santos, 1998);
- Escala de Motivação e Empenhamiento na Relação Educativa (Jesus, 1997).

Os indicadores são os itens das referidas escalas, devidamente adaptados ao estudo actual.

Caso se verifique a confirmação do modelo, como esperamos, parece-nos lícito pensar, que os instrumentos que nos propomos adaptar para enfermeiros, podem possibilitar a intervenção do gestor/ administrador /formador na alteração das capacidades motivacionais, desenvolvendo capacidades e competências e mesmo aumentando a produtividade a partir das auto-observações individuais.

Para confirmação do modelo proposto, colocamos uma hipótese de investigação.

As **Hipóteses** em teste no modelo:

Hipótese de Homogeneidade: A distribuição dos indivíduos pelos itens da escala tem igual proporção para todas as questões, o que a verificar-se invalida o modelo teórico;

Hipótese de Heterogeneidade: A distribuição dos indivíduos pelos itens da escala concentra-se no nível de concordância dois (2) ou acima dela, o que a verificar-se valida o modelo teórico.

3.2 - AMOSTRA E PROCEDIMENTO

Seleccionamos uma amostra (n=116) da população de enfermeiros do Algarve, para estudo de confirmação do modelo.

No processo de amostragem, interessava essencialmente que o número de efectivos viabilizasse a análise estatística, de forma consistente. Importava também que a selecção dos sujeitos representasse a população.

A amostragem para testar o modelo foi feita por acessibilidade do investigador como já referimos. Foram seleccionadas duas instituições de prestação de cuidados de saúde no Sotavento Algarvio, uma na cidade de Faro, outra na cidade de Olhão e consequentemente todos os seus profissionais de enfermagem em exercício, que de

forma voluntária e assegurado o anonimato se disponibilizaram para o preenchimento dos questionários.

Em cada instituição foram distribuídos o número de questionários equivalente ao número de enfermeiros, acrescido de alguns exemplares para os casos de inutilização involuntária e percebida.

Após pesquisa bibliográfica na matéria e reflexão falada dos itens, foi construído um questionário para testagem do modelo.

O questionário continha inicialmente dezasseis (16) questões fechadas, submetidas à observação de dez (10) peritos, para verificação do conteúdo e da forma. Estes peritos correspondem à quase totalidade da população de Enfermeiros Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria do Algarve (a população é composta por catorze), distribuídos por diversas instituições. Esta consulta foi executada em entrevista não-estruturada, em que se solicitou uma apreciação crítica.

Os peritos consultados sugeriram a redução do número de questões, apontando algumas de interesse menos relevante, as mais visadas foram retiradas, tendo ficado o questionário reduzido a dez (10) questões, das quais o conteúdo e a forma foram aprovados. Seguidamente e com o intuito de testar a estrutura e a legibilidade, o questionário foi submetido à observação de cerca de quinze (15) especialistas, constituídos por enfermeiros chefes e seus substitutos (enfermeiros especialistas noutras áreas que não a saúde mental e psiquiatria), dos diversos serviços das instituições seleccionadas. Desta observação, obtida de igual forma em entrevista informal individual, resultaram apenas algumas alterações gráficas e da forma, tendo o questionário sido unanimemente aprovado, quer quanto à legibilidade quer quanto à estrutura.

Demos assim por finalizada a fase de **pré-teste** do questionário, para testagem do modelo.

Seguidamente, foram contactados os Conselhos de Administração de ambas as Instituições (Hospital Distrital de Faro- HDF e Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Olhão - CAT), no sentido da obtenção da autorização formal para administração do questionário á amostra, o que nos foi prontamente concedido.

Por fim foram distribuídos os instrumentos de recolha de dados nas equipas de enfermagem. A sua aplicação foi efectuada na segunda quinzena do mês de Julho de 2001, em situação de ambiente natural de trabalho, à amostra atrás descrita.

Foi estabelecido o prazo de quinze dias, como limite de tempo para que os questionários ficassem á disposição dos sujeitos, para preenche-los. Findo o prazo

acordado e na semana subsequente (primeira semana de Agosto de 2001), foram recolhidos.

Os dados foram informatizados numa base, em computador e analisados com o programa SPSS-10 (1999). Nas análises realizadas para testar o modelo, recorreu-se á estatística descritiva e inferencial. Determinaram-se as frequências absolutas e relativas. Foram calculadas as medidas de tendência central (média e moda) e dispersão (desvio padrão), para uma amostra. Para análise estatística inferencial foi executado um teste não-paramétrico, para Aderência, o procedimento Qui-Quadrado (no SPSS-10, 1999- Qui-Square Test).

Em presença de dados nominais, uma única amostra e sendo nosso objectivo inferir para a população, pretendemos com a execução do Qui-Quadrado, verificar se a distribuição de frequências observadas viabilizavam o modelo. Para tal, partimos da hipótese de homogeneidade, formulamos a hipótese de investigação, ou seja, a hipótese de heterogeneidade, apresentadas no ponto anterior.

3.3 - INSTRUMENTO

Considerando o pressuposto do modelo “ *O auto-conceito do enfermeiro influencia a sua motivação profissional*”, a pesquisa bibliográfica efectuada na matéria, a reflexão falada dos itens, com os peritos e especialistas, as questões seleccionadas na fase final do questionário foram as mais significativas e representativas das metas que pretendíamos atingir.

Foram distribuídos cerca de trezentos (300) exemplares, uma média de quinze-vinte (15 – 20) exemplares por cada serviço das duas instituições. Foram recolhidos 142 questionários preenchidos, tendo sido eliminados 26 (vinte e seis), por apresentarem múltipla resposta, respostas falhadas e rasuras que tornaram imperceptível a intenção de resposta, tendo a amostra ficado reduzida a um efectivo de cento e dezasseis (116) sujeitos.

O questionário inicia-se com uma breve nota introdutória, onde se explicita sumariamente o que se pretende e se dão instruções de preenchimento. Segue-se um bloco inicial de questões de identificação da amostra, cujas variáveis socio-demográficas são, o sexo e a idade, a instituição onde trabalha, a categoria profissional e o tempo de serviço na carreira.

As variáveis “*idade*” e o “*sexo*” são importantes neste grupo profissional porque se parte do pressuposto que podem decorrer daí, níveis de auto-conceito, interesses e motivações diferentes, à semelhança dos estudos de Vaz Serra (1986) com a população geral. A variável “*categoria profissional*” foi introduzida essencialmente, porque acarreta níveis de conhecimentos e responsabilidades profissionais diferentes e acrescidos, o que acreditávamos poder constituir-se de relevante em fase de dissertação, fundamentalmente no que se refere ao auto-conceito de competência. A variável “*tempo de serviço*” foi introduzida pelo facto de considerarmos que uma breve ou longa carreira pode influenciar a motivação e o conceito de competência profissional. A variável “*instituição onde trabalha*” assume alguma importância porque os contextos organizacionais e as estruturas e dinâmicas organizacionais são, geralmente, factores de influência nas motivações dos indivíduos.

Segue-se o segundo bloco de questões, isto é, a escala do tipo Likert, constituído por dez (10) questões fechadas, numa escala graduada de um a três (1 a 3), em que os sujeitos nivelam o seu grau de concordância.

1- Não concordo; 2 - Concordo moderadamente; 3 - Concordo bastante.

Para tratamento dos dados, consideramos o grau um (1) como um bloco de discordância, o grau dois (2) como um grau de concordância moderada e o grau três (3) como um bloco de grande concordância com o modelo.

Cada questão relaciona as duas variáveis em estudo, na primeira parte está implícita uma auto-observação positiva e valorativa sob o ponto de vista pessoal ou de desempenho de competências, a segunda parte remete para a influência da primeira na motivação profissional do enfermeiro.

O encerramento do questionário faz-se com uma questão aberta, em que se solicita aos sujeitos que indiquem, justificando, outros aspectos, que na sua perspectiva pessoal mereçam ser analisados nesta investigação. Nesta questão não se observaram quaisquer sugestões.

SELECÇÃO DOS ITENS

À selecção dos itens presidiram critérios estabelecidos de auto-observação e auto-avaliação, com a opção pelo método auto-descritivo e de representações, visto ser o mais adequado no estudo do auto-conceito, o que é corroborado por Vaz Serra (1986), Veiga (1995) e Faria e Santos (1998).

No sentido de ultrapassar as etapas de estudo, sob os aspectos de validade e fidelidade, a que está sujeita a construção de um instrumento de colheita de dados, os

itens utilizados no questionário foram adaptados, para a população de enfermeiros, a partir de duas escalas publicadas, validadas e aferidas á população portuguesa: O ICAC-Inventário Clínico de Auto-Conceito, de Vaz Serra (1986), do qual foram retirados os itens 1, 2, 3, 7 e 8, que descrevem aspectos do auto-conceito geral individual e a Escala de Auto-Conceito de Competência, de Faria e Santos (1998), da qual foram retirados os itens 4, 5, 6, 9 e 10, que descrevem auto-observações sob o ponto de vista das competências profissionais.

Os Itens 1, 2, 3, 7 e 8 pressupõem uma avaliação a nível da aceitação/rejeição social; a auto-eficácia e a maturidade psicológica. Os itens 4, 5, 6, 9 e 10 avaliam as auto-observações em relação às competências profissionais. A influência do auto-conceito na motivação profissional foi directamente questionada, associada a cada um dos dez (10) itens.

Reflexão falada dos itens

Nesta primeira fase do estudo, de “*pré-validação do modelo*”, aplicamos o método de reflexão falada dos itens. A reflexão falada dos itens, para alguns autores, nomeadamente Almeida e Freire (2000: 161), é importante, no sentido de “*apreciar o conteúdo e a forma dos itens, a sua clareza, compreensibilidade e adequação aos objectivos do estudo*”.

Como já tivemos oportunidade de referir, o Instrumento foi levado á apreciação de dez (10) peritos (enfermeiros especialistas nas áreas de saúde mental e psiquiatria) e quinze (15) especialistas (enfermeiros chefe e seus substitutos - enfermeiros especialistas noutras áreas que não a de psiquiatria). Este método, segundo Goldman (1971), cit. por Almeida e Freire (2000 161), “*...têm sido aconselhado junto de sujeitos próximos dos futuros destinatários... A consulta de especialistas com prática no domínio serve também o objectivo da análise qualitativa dos itens*”.

Os peritos consideraram que, sob o ponto de vista da qualidade, o instrumento avaliava os constructos em estudo, tendo sugerido alguns sinónimos para algumas palavras de certos itens, no sentido de clarificar o seu sentido, e que fossem retirados alguns itens (6) menos pertinentes, alteração essa que foi efectuada. Os especialistas, consideraram o instrumento inteligível, claro, compreensível e adequado aos constructos em estudo, tendo sugerido melhorias para o aspecto gráfico, que foram introduzidas.

A reflexão falada dos itens consistiu em entrevistas informais, individuais, com os peritos e especialistas, esclarecimentos aos mesmos com a formulação do pedido de

análise do instrumento e registo das sugestões dos mesmos, com posterior alteração do instrumento. Este método permitiu-nos reduzir o tamanho do questionário e melhorar a qualidade do mesmo, ao nível do aspecto gráfico e da clarificação dos itens, antes da sua aplicação colectiva.

3.4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Procede-se então à apresentação dos dados e resultados obtidos na aplicação do questionário para testagem do Modelo, sua discussão e algumas conclusões que daí possamos retirar.

O que se pretende é obter a validação do modelo sugerido, com a grande maioria de amostra inquirida e colocar-se na resposta ao nível de grande aceitação do modelo.

Nas Tabelas e Quadros apresentados, será omitida a **fonte**, visto estar referida à amostra populacional de 116 enfermeiros em exercício profissional no Hospital Distrital de Faro e Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Olhão.

Dos títulos das Tabelas e Quadros são igualmente omitidos, **o ano e o local**, visto não variarem (2001 – Faro/Olhão). Numa primeira fase pretendemos descrever algumas características da amostra.

A Tabela 1 mostra a distribuição dos enfermeiros no que se refere à idade, e permite verificar que 75% dos indivíduos tem 35 anos ou menos e apenas 25% tem mais de 35 anos. A média (M) geral das idades é de 31,68 anos, situando-se a moda nos 22 anos, sendo o desvio padrão (DP) de 7,27 anos. Dos enfermeiros inquiridos o mais novo tem 21 anos e o mais velho 62 anos.

TABELA 1 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário

Grupo etário	N.º	%
≤ 35	87	75,0
> 35	29	25,0
TOTAL	116	100,0
M = 31,68 anos		Mínimo = 21 anos
DP = 7, 27 anos		Máximo = 62 anos

A Tabela 2 mostra a distribuição dos enfermeiros por sexos. A grande parte da amostra é feminina (77,6%), perfazendo a parte masculina apenas 22,4% o que corrobora o facto da profissão de enfermagem continuar a ser maioritariamente feminina.

TABELA 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo

Sexo	N.º	%
Masculino	26	22,4
Feminino	90	77,6
TOTAL	116	100,0

A Tabela 3 mostra a distribuição dos enfermeiros pelas duas instituições seleccionadas, sendo 88,8% dos indivíduos inquiridos funcionários do HDF (Hospital Distrital de Faro) e 11,2% do CAT (Centro de Atendimento de Toxicodependentes de Olhão). Esta disparidade prende-se com o facto do HDF ter cerca de 300 enfermeiros em exercício e o CAT de Olhão contar apenas com 24 enfermeiros em exercício.

TABELA 3 – Distribuição dos enfermeiros pelas Instituições onde trabalham

Instituição onde trabalha	N.º	%
HDF	103	88,8
CAT	13	11,2
TOTAL	116	100,0

A Tabela 4 revela que, no que se refere à categoria profissional, cerca de 42,2% dos enfermeiros são graduados, ou seja têm 6 ou mais anos de exercício, cerca de 40,5% são enfermeiros, ou seja tem menos de 6 anos na carreira ou são recém-formados. Os enfermeiros especialistas perfazem 12,1% da população de enfermagem inquirida, ou seja, enfermeiros que para além do Curso de Enfermagem, têm uma Especialidade em Enfermagem (Curso de Estudos Superiores Especializados) numa determinada área clínica. Dos enfermeiros inquiridos 5,2% ocupam cargos na área da gestão exclusivamente (Enfermeiro Chefe).

TABELA 4 – Distribuição dos enfermeiros pela categoria profissional

Categoria Profissional	N.º	%
Enfermeiro	47	40,5
Graduado	49	42,2
Especialista	14	12,1
Chefe	6	5,2
TOTAL	116	100,0

Pela análise da Tabela 5, que distribui os enfermeiros pelo tempo de serviço na carreira, podemos observar que, com 6 ou menos anos de carreira temos 40,52% dos enfermeiros inquiridos. Entre os 6 e 12 anos de carreira, estão de igual modo outros

40,52%, cerca de 12,93% têm entre 12 e 18 anos de carreira. Dos 18 aos 24 anos de carreira observam-se ainda 4,31% dos enfermeiros e apenas 1,72% têm tempo de carreira superior a 24 anos.

TABELA 5 – Distribuição dos enfermeiros pelo tempo de serviço na carreira

Tempo de serviço na carreira	N.º	%
≤ 6 anos	47	40,52
6 – 12 anos	47	40,52
12 – 18 anos	15	12,93
18 – 24 anos	5	4,31
> 24 anos	2	1,72
TOTAL	116	100,0

M = 8,39 anos Mínimo = 1 ano
DP = 6,14 anos Máximo = 29 anos

As Tabelas seguintes apresentam os dados resultantes da aplicação da Escala tipo Likert, composta por dez itens em que se tenta perceber qual o grau de concordância dos enfermeiros em relação ao pressuposto de que o seu Auto-Conceito influencia a sua motivação profissional.

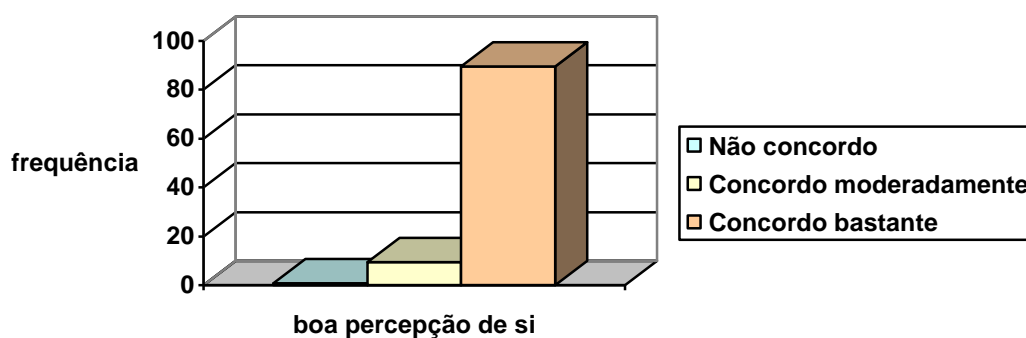
Na Tabela 6 e no Gráfico 1, podemos observar a forma como os enfermeiros se distribuíram pelo primeiro item “*O enfermeiro que tem uma boa percepção de si próprio está mais motivado profissionalmente*”. A grande maioria dos enfermeiros respondeu no grau 3 (89,6%), ou seja, concordam bastante com o pressuposto. Da totalidade dos inquiridos apenas 9,5% concordou moderadamente, não concordando com a questão 0,9%. Situando-se a moda (Mo) no nível da grande concordância.

TABELA 6 – Distribuição dos enfermeiros pelo item 1 da escala

O enfermeiro que tem uma boa percepção de si próprio está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	1	0,9
Concordo moderadamente	11	9,5
Concordo bastante	104	89,6
TOTAL	116	100,0

Mo= Concordo bastante

GRÁFICO 1 – Distribuição dos enfermeiros pelo item 1 da escala



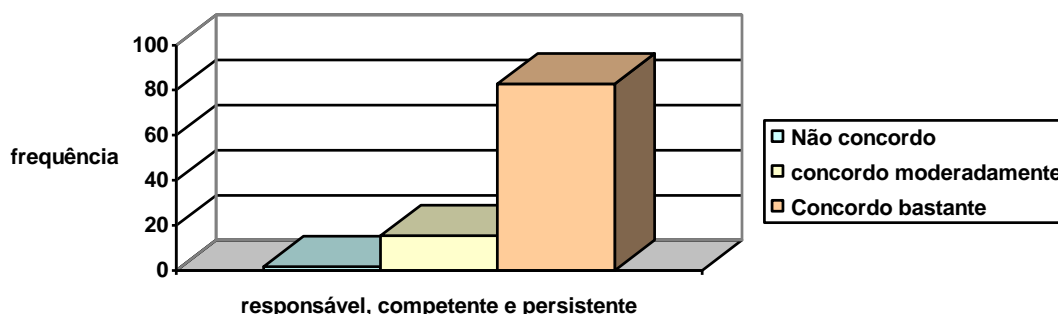
Na Tabela 7 e Gráfico 2, podemos verificar a distribuição dos enfermeiros pelo Item 2 – “O enfermeiro que se considera responsável, competente e persistente, está mais motivado profissionalmente”. 82,8% dos enfermeiros concordam bastante com a afirmação, sendo que apenas 15,5% concordam moderadamente e uma minoria de 1,7% não concorda. A tendência modal é, concordo bastante.

TABELA 7 – Distribuição dos enfermeiros pelo item 2

O enfermeiro que se considera responsável, competente e persistente está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	2	1,7
Concordo moderadamente	18	15,5
Concordo bastante	96	82,8
TOTAL	116	100,0

Mo =concordo bastante

GRÁFICO 2 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 2



A Tabela 8 e Gráfico 3 mostram a distribuição dos enfermeiros pelo Item 3 “O Enfermeiro que tem por hábito enfrentar e resolver os seus problemas, encontrando sempre energia para vencer as dificuldades, está mais motivado profissionalmente”.

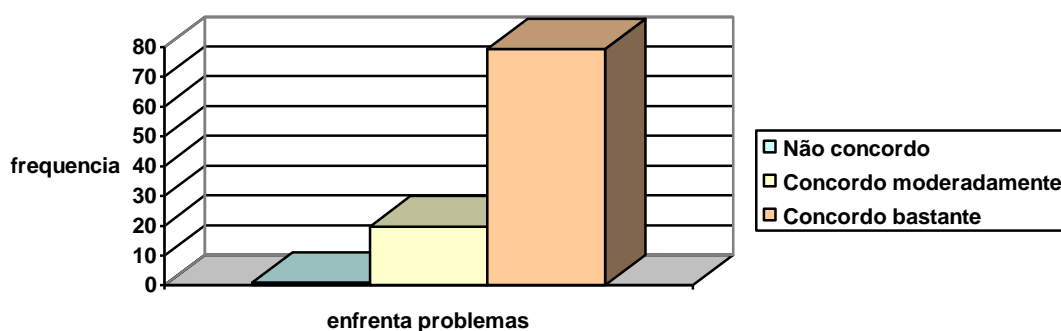
Concordam bastante com esta afirmação 79,3% dos inquiridos. 19,8% concordam moderadamente e apenas 0,9% não concordam. A tendência modal é, concordo bastante.

TABELA 8 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 3

O enfermeiro que tem por hábito enfrentar e resolver os seus problemas, encontrando sempre energia para vencer as dificuldades, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	1	0,9
Concordo moderadamente	23	19,8
Concordo bastante	92	79,3
TOTAL	116	100,0

Mo = 3

GRÁFICO 3 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 3



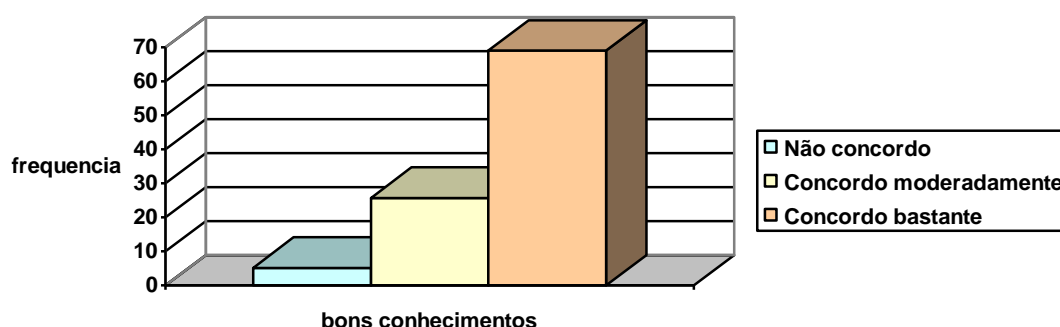
A distribuição dos enfermeiros pelo Item 4 – “*O Enfermeiro que considera que tem bons conhecimentos gerais, aprende coisas com facilidade e rápida compreensão, está mais motivado profissionalmente*”, pode ser observado na Tabela 9 e no Gráfico 4. Concordam bastante com o pressuposto 69,0% dos enfermeiros inquiridos. Concordaram moderadamente 25,8%, sendo que, apenas 0,9% manifestaram a sua discordância. A tendência modal é, concordo bastante.

TABELA 9 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 4

O enfermeiro que considera que tem bons conhecimentos gerais, aprende coisas com facilidade e rápida compreensão, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	6	5,2
Concordo moderadamente	30	25,8
Concordo bastante	80	69,0
TOTAL	116	100,0

Mo= Concordo bastante

GRÁFICO 4 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 4



A Tabela 10 e o Gráfico 5 mostram a distribuição dos enfermeiros pelo Item 5 – “*O enfermeiro que analisa os problemas com profundidade, sob vários pontos de vista, aplicando os conhecimentos na prática, está mais motivado profissionalmente*”.

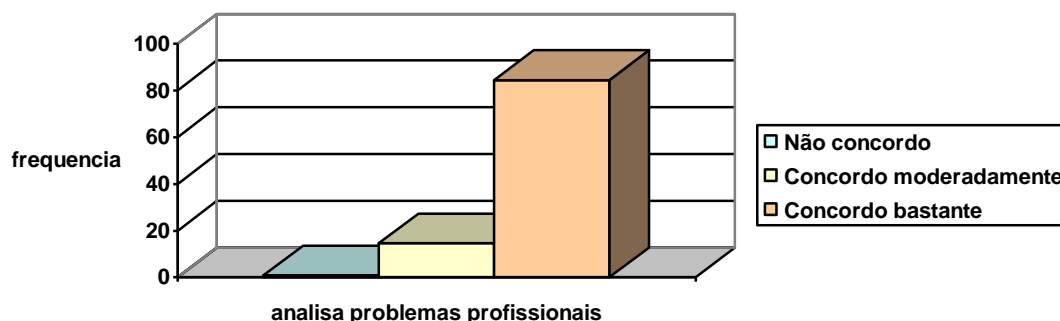
84,5% concordam bastante com este pressuposto, 0,9% discordam e 14,6% concordam moderadamente. A tendência modal situa-se no grau, concordo bastante.

TABELA 10 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 5

O enfermeiro que analisa os problemas com profundidade, sob vários pontos de vista, aplicando os conhecimentos na prática, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	1	0,9
Concordo moderadamente	17	14,6
Concordo bastante	98	84,5
TOTAL	116	100,0

Mo = concordo bastante

GRÁFICO 5 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 5



Na Tabela 11 e no Gráfico 6 observa-se a distribuição dos enfermeiros pelo Item 6 – “*O enfermeiro que planeia as suas actividades detalhadamente antes de agir e que tem um conhecimento detalhado das coisas, está mais motivado profissionalmente*”.

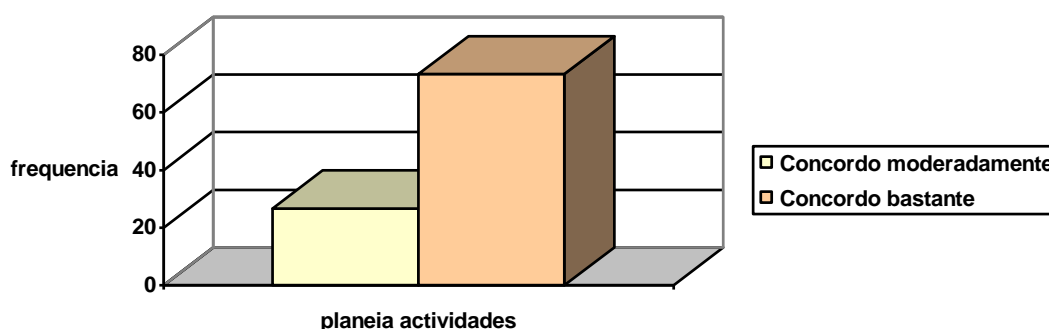
Concordaram bastante com a afirmação 73,3% dos inquiridos, concordaram moderadamente com a mesma 26,7%. Não se observou qualquer discordância neste item. A moda é, concordo bastante.

TABELA 11 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 6

O enfermeiro que planeia as suas actividades detalhadamente antes de agir e que tem um conhecimento detalhado das coisas, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	-	0,0
Concordo moderadamente	31	26,7
Concordo bastante	85	73,3
TOTAL	116	100,0

Mo = concordo bastante

GRÁFICO 6 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 6



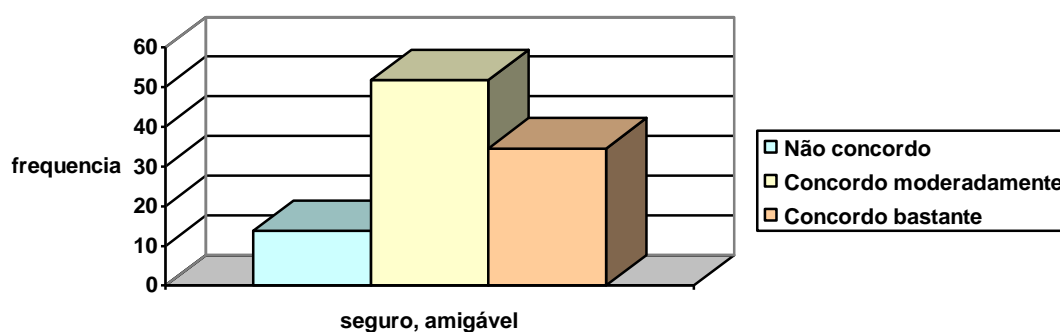
A Tabela 12 e Gráfico 7 mostram-nos a distribuição dos enfermeiros pelo Item 7 – “O enfermeiro que se considera seguro, amigável e com sentido de humor, está mais motivado profissionalmente”. A maioria dos inquiridos (51,7%) situa-se no grau de resposta 2 (Concordo moderadamente), 34,5% concorda bastante (grau 3), sendo que discordam da afirmação 13,8% (grau 1). A tendência modal é, concordo moderadamente.

TABELA 12 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 7

O enfermeiro que se considera seguro, amigável e com sentido de humor, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	16	13,8
Concordo moderadamente	60	51,7
Concordo bastante	40	34,5
TOTAL	116	100,0

Mo = concordo moderadamente

GRÁFICO 7 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 7



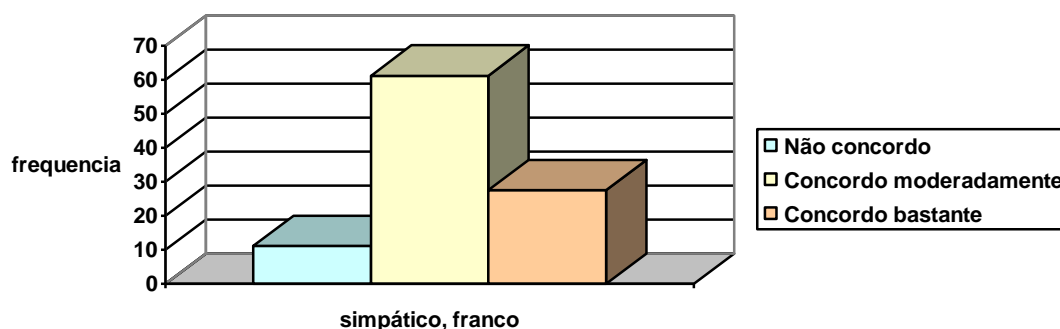
Na Tabela 13 e Gráfico 8 podemos verificar a distribuição dos enfermeiros pelo Item 8 – “*O enfermeiro que se considera simpático, franco, sincero e honesto, está mais motivado profissionalmente*”. A maioria dos enfermeiros (61,2%) concorda moderadamente com a afirmação, sendo que 27,6% concordam bastante. Discordam da afirmação 11,2% dos enfermeiros inquiridos. A moda é de concordância moderada.

TABELA 13 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 8

O enfermeiro que se considera simpático, franco, sincero e honesto, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	13	11,2
Concordo moderadamente	71	61,2
Concordo bastante	32	27,6
TOTAL	116	100,0

Mo = concordo moderadamente

GRÁFICO 8 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 8



A Tabela 14 e Gráfico 9 mostram-nos a distribuição dos enfermeiros pelo item 9 – “*O enfermeiro que se considera criativo, participativo e dinamizador, está mais motivado profissionalmente*”. Sem registo de enfermeiros que discordassem desta

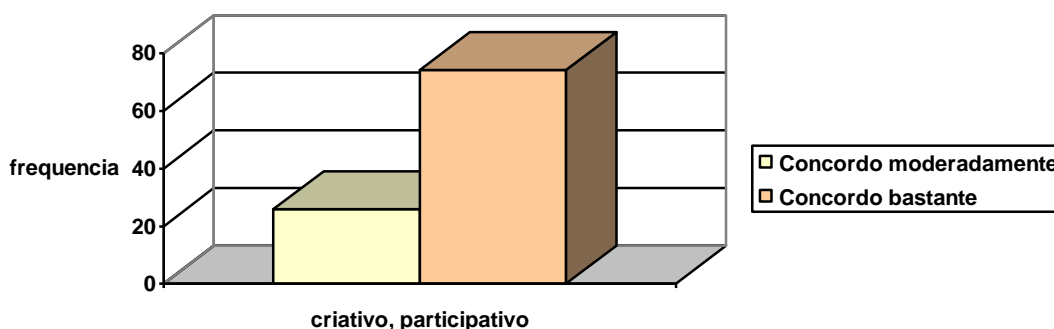
afirmação, 74,1% situaram-se no grau 3, logo concordaram bastante e 25,9% concordaram moderadamente. A tendência modal, concordo bastante.

TABELA 14 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 9

O enfermeiro que se considera criativo, participativo e dinamizador, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	-	0,0
Concordo moderadamente	30	25,9
Concordo bastante	86	74,1
TOTAL	116	100,0

Mo = concordo bastante

GRÁFICO 9 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 9



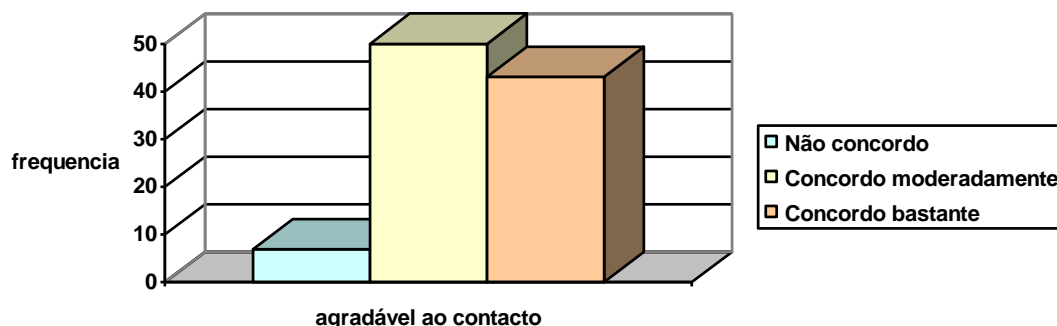
Na Tabela 15 e Gráfico 10 pode ser observada a distribuição de enfermeiros pelo item 10 – “*O enfermeiro que se tem em consideração a si e se considera agradável no contacto com os outros, está mais motivado profissionalmente*”. Não concordaram com esta afirmação 6,9% dos inquiridos. Metade da amostra 50% situou-se no grau 2, isto é, concordaram moderadamente, tendo concordado bastante 43,1%. A moda situou-se no grau 2 - concordo moderadamente.

TABELA 15 – Distribuição dos enfermeiros pelo Item 10

O enfermeiro que se considera criativo, participativo e dinamizador, está mais motivado profissionalmente	N.º	%
Não concordo	8	6,9
Concordo moderadamente	58	50,0
Concordo bastante	50	43,1
TOTAL	116	100,0

Mo= concordo moderadamente

GRÁFICO 10 – Distribuição dos Enfermeiros pelo Item 10



A questão de encerramento do questionário remetia os inquiridos, mediante justificação, para “... outros aspectos, que na sua perspectiva pessoal mereçam ser analisados nesta investigação”. O que se observou foi que 100% dos enfermeiros se abstiveram de acrescentar outros aspectos à investigação proposta.

ESTUDO DE INFERÊNCIA

O tratamento estatístico inferencial tem por objectivo testar as hipóteses em análise e fornecer credibilidade às conclusões do estudo.

As hipóteses em causa têm a ver apenas com a aceitação ou rejeição do Modelo Teórico, para testá-las foi aplicado um Teste de Aderência, não paramétrico, o Qui-Quadrado (SPSS 10,0 – 1999 – Qui-Quadrado), no sentido de verificar se a distribuição das frequências observadas seria estatisticamente significativa, partindo do princípio da homogeneidade para as frequências esperadas, viabilizando assim, ou não, o Modelo Teórico.

Os quadros seguintes apresentam os resultados do teste aplicado aos diversos itens do questionário.

No Quadro 1 observa-se a aplicação do Qui-Quadrado (χ^2) ao Item 1 – “O enfermeiro que tem uma boa percepção de si próprio, está mais motivado profissionalmente”. As frequências esperadas são numa proporção de 38,7, apresentando as frequências observadas diferente proporção, de 104 para a graduação 3 (Concordo bastante), 11 para a graduação 2 (Concordo moderadamente) e 1 para a graduação 1 (Não concordo). Após aplicação do teste χ^2 , encontramos um qui-quadrado prático (χ^2_p) de 166,879, enquanto para o qui-quadrado teórico (χ^2_t) encontramos o valor de 9,21, para uma significância (α) de 1% e com 2 graus de liberdade (gl). Sendo

$\chi^2_p > \chi^2_t$, rejeitamos a hipótese de homogeneidade, aceitando a hipótese de heterogeneidade isto é, a aceitação do item é, estatisticamente, muito significativa ($p=0,0001$), o que podemos afirmar com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 1 – Teste χ^2 para o Item 1 – “*O enfermeiro que tem uma boa percepção de si próprio está mais motivado profissionalmente*”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	1	38,7
2	11	38,7
3	104	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 166,879$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$		
$\chi^2_p > \chi^2_t$ (166,879 > 9,21) P = 0,000		

n = 116

O Quadro 2 apresenta a aplicação do χ^2 ao Item 2 – “*O enfermeiro que se considera responsável, competente e persistente, está mais motivado profissionalmente*”. As frequências esperadas apresentam a proporção de 38,7, sendo as frequências observadas de diferente proporção, de 96 para o grau 3, de 18 para o grau 2 e de 2 para o grau 1. Encontramos um $\chi^2_p = 130,828$, sendo o valor encontrado para o $\chi^2_t = 9,21$, para uma significância (α) de 1% e com 2 graus de liberdade (gl). $\chi^2_p > \chi^2_t$ (130,828 > 9,21), logo rejeitamos a hipótese de homogeneidade, aceitando a hipótese de validação do item, dado que os indivíduos se distribuem por um nível de graduação superior a 2, o que é estatisticamente muito significativo ($p = 0,0001$), com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 2 – Teste χ^2 para o Item 2 – “*O enfermeiro que se considera responsável, competente e persistente, está mais motivado profissionalmente*”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	2	38,7
2	18	38,7
3	96	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 130,828$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$		
$\chi^2_p > \chi^2_t$ (130,828 > 9,21) P = 0,000		

n = 116

O Quadro 3 apresenta a aplicação do χ^2 ao Item 3 – “*O enfermeiro que tem por hábito enfrentar e resolver os seus problemas, encontrando sempre energia para vencer as dificuldades, está mais motivado profissionalmente*”. As frequências esperadas estão na proporção de 38,7, distribuindo-se as frequências observadas em 92 para a graduação 3, em 23 para a graduação 2 e 1 para a graduação 1. O χ^2_p encontrado é de 116,603, sendo o valor de $\chi^2_t = 9,21$, para uma significância (α) de 1% e com 2 graus de liberdade (gl). O χ^2 prático é superior ao χ^2 teórico ($116,603 > 9,21$), pelo que rejeitamos a hipótese de homogeneidade, aceitando assim a hipótese de heterogeneidade, ou seja, a validação do item, pelo que, a proporção de distribuição observada dos indivíduos é superior à graduação 2, o que é estatisticamente muito significativo ($p = 0,0001$), o que se pode afirmar com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 3 – Teste χ^2 para o Item 3 – “*O enfermeiro que tem por hábito enfrentar e resolver os seus problemas, encontrando sempre energia para vencer as dificuldades, está mais motivado profissionalmente*”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	1	38,7
2	23	38,7
3	92	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 116,603$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$ n = 116		
$\chi^2_p > \chi^2_t$ ($116,603 > 9,21$) P = 0,000		

O Quadro 4 mostra a aplicação do χ^2 ao Item 4 – “*O enfermeiro que considera que tem bons conhecimentos gerais, aprende coisas com facilidade e rápida compreensão, está mais motivado profissionalmente*”. As frequências esperadas estão na proporção de 38,7, sendo que, as frequências observadas se distribuem em 80 para a graduação 3, em 30 para a graduação 2 e em 6 para a graduação 1. O qui-quadrado prático (χ^2_p) encontrado é de 73,724, sendo o valor do Qui-Quadrado teórico (χ^2_t) de 9,21, para uma significância (α) de 1% e com 2 graus de liberdade (gl). O $\chi^2_p > \chi^2_t$ ($73,724 > 9,21$), pelo que, rejeitamos a hipótese de homogeneidade, aceitando que o item é validado pelo facto da maior proporção se encontrar acima da graduação 2, o que é estatisticamente muito significativo ($p = 0,0001$), com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 4 – Teste χ^2 para o Item 4 – “*O enfermeiro que considera que tem bons conhecimentos gerais, aprende coisas com facilidade e rápida compreensão, está mais motivado profissionalmente*”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	6	38,7
2	30	38,7
3	80116	38,7
Total		
$\chi^2_p = 73,724$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$ n = 116		
$\chi^2_p > \chi^2_t (73,724 > 9,21)$ P = 0,000		

No Quadro 5 pode ser observada a aplicação do χ^2 ao Item 5 – “*O enfermeiro que analisa os problemas com profundidade, sob vários pontos de vista, aplicando os conhecimentos na prática, está mais motivado profissionalmente*”. A proporção é de 38,7, para as frequências esperadas, sendo as frequências observadas, de 98 para a graduação 3, de 17 para a graduação 2 e de 1 para a graduação 1. O qui-quadrado prático (χ^2_p) encontrado é de 139,879, para um Qui-Quadrado teórico (χ^2_t) cujo valor é de 9,21, para uma significância (α) de 1% e com 2 graus de liberdade (gl). $\chi^2_p > \chi^2_t$ ($139,879 > 9,21$), pelo que se rejeita a hipótese de homogeneidade, aceitando assim a hipótese de validade do item, dado que a proporção observada se encontra acima da graduação 2, o que é estatisticamente muito significativo ($p=0,0001$) e se pode afirmar com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 5 – Teste χ^2 para o Item 5 – “*O enfermeiro que analisa os problemas com profundidade, sob vários pontos de vista, aplicando os conhecimentos na prática, está mais motivado profissionalmente*”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	1	38,7
2	17	38,7
3	98	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 139,879$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$ n = 116		
$\chi^2_p > \chi^2_t (139,879 > 9,21)$ P = 0,000		

O Quadro 6 mostra-nos a aplicação do Qui-Quadrado ao Item 6 – “*O enfermeiro que planeia as suas actividades detalhadamente antes de agir e que tem um conhecimento detalhado das coisas, está mais motivado profissionalmente*”. As frequências esperadas estão na proporção de 58, sendo as frequências observadas, de 85 para a graduação 3, e 31 para a graduação 2 com zero respostas na graduação 1. O Qui-Quadrado prático (χ^2_p) encontrado é de 25,138, para um Qui-Quadrado teórico (χ^2_t) cujo valor é de 6,64, com uma significância (α) de 1% e com 1 grau de liberdade (gl). O Qui-Quadrado prático é superior ao Qui-Quadrado teórico ($25,138 > 6,64$), pelo que se rejeita a hipótese de homogeneidade, aceitamos a validação do item, porque a proporção se encontra acima da graduação 2, o que é estatisticamente muito significativo ($p = 0,0001$), e se pode afirmar com uma confiança de 99%.

QUADRO 6 – Teste χ^2 para o Item 6 – “*O enfermeiro que planeia as suas actividades detalhadamente antes de agir e que tem um conhecimento detalhado das coisas, está mais motivado profissionalmente*”.

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	-	-
2	31	58,0
3	85	58,0
Total	116	
$\chi^2_p = 25,138$ $\chi^2_t = 6,64$ gl = 1 $\alpha = 1\%$		
$\chi^2_p > \chi^2_t (25,138 > 6,64)$ P = 0,000		
n = 116		

No Quadro 7 podemos observar a aplicação do Qui-Quadrado ao Item 7 – “*O enfermeiro que se considera seguro amigável e com sentido de humor, está mais motivado profissionalmente*”. As frequências esperadas são na proporção de 38,7, sendo as frequências observadas, na proporção de 40 para a graduação 3, de 60 para a graduação 2 e de 16 para a graduação 1. O χ^2 prático encontrado é de 25,103, para um χ^2 teórico de 9,21, com uma significância estatística de 1% e 2 graus de liberdade. Sendo o $\chi^2_p > \chi^2_t (25,103 > 9,21)$, rejeitamos a hipótese de homogeneidade, aceitamos a hipótese de heterogeneidade e como tal a validação do item, pelo que a maior proporção se encontra acima da graduação 2, de forma estatisticamente significativa ($p = 0,0001$), o que se pode afirmar com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 7 – Teste χ^2 para o Item 7 – “O enfermeiro que se considera seguro, amigável e com sentido de humor, está mais motivado profissionalmente”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	16	38,7
2	60	38,7
3	40	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 25,103$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$		

n = 116

O Quadro 8 mostra a aplicação do Qui-Quadrado ao Item 8 – “O enfermeiro que se considera simpático, franco, sincero e honesto, está mais motivado profissionalmente”. A proporção de frequência esperada é de 38,7, sendo a proporção das frequências observadas, de 32 para a graduação 3, de 71 para a graduação 2 e de 13 para a graduação 1. O χ^2 prático encontrado é de 45,224, para um χ^2 teórico de 9,21, para uma significância (α) de 1% e 2 graus de liberdade. $\chi^2_p > \chi^2_t$ (45,224 > 9,21), pelo que rejeitamos a hipótese de homogeneidade e aceitamos a validade do item, isto é, que a proporção maior se distribui na graduação 2 e acima da mesma, o que estatisticamente é muito significativo ($p = 0,0001$), e se pode afirmar com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 8 – Teste χ^2 para o Item 8 – “O enfermeiro que se considera simpático, franco, sincero e honesto, está mais motivado profissionalmente”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	13	38,7
2	71	38,7
3	32	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 45,224$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$		

n = 116

No Quadro 9 observa-se a aplicação do χ^2 ao Item 9 – “O enfermeiro que se considera criativo, participativo e dinamizador, está mais motivado profissionalmente”. As frequências esperadas são na proporção de 58%, sendo as frequências observadas, de 86 para a graduação 3, de 30 para a graduação 2, não se observando qualquer resposta na graduação 1. O χ^2_p encontrado é de 27,034, para um χ^2_t cujo valor é de 6,64, para uma significância (α) de 1% e 1 grau de liberdade. $\chi^2_p > \chi^2_t$ (27,034 > 6,64), pelo que,

rejeitamos a hipótese de homogeneidade, aceitando a hipótese de heterogeneidade, ou seja, de que a proporção encontrada se concentra acima da graduação 2, de forma estatisticamente muito significativa ($p = 0,0001$), o que pode ser afirmado com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 9 – Teste χ^2 para o Item 9 – “O enfermeiro que se considera criativo, participativo e dinamizador, está mais motivado profissionalmente”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	-	-
2	30	58,0
3	86	58,0
Total	116	
$\chi^2_p = 27,034$ $\chi^2_t = 6,64$ gl = 1 $\alpha = 1\%$		
$\chi^2_p > \chi^2_t (27,034 > 6,64)$ P = 0,000 n = 116		

O Quadro 10 apresenta a aplicação do χ^2 ao Item 10 – “O enfermeiro que se tem em consideração a si e se considera agradável no contacto com os outros, está mais motivado profissionalmente”. As frequências esperadas são na proporção de 38,7, sendo as frequências observadas de 50 para a graduação 3, de 58 para a graduação 2 e de 8 para a graduação 1. O χ^2_p encontrado é de 37,310, para um valor de χ^2_t de 9,21, com uma significância (α) de 1% e 2 graus de liberdade. $\chi^2_p > \chi^2_t (37,310 > 9,21)$, pelo que se rejeita a hipótese de homogeneidade, aceitando a hipótese de heterogeneidade em que é validado o item, concentrando-se a proporção observada na graduação 2 e 3, o que é estatisticamente muito significativo ($p = 0,0001$), e se pode afirmar com um grau de confiança de 99%.

QUADRO 10 – Teste χ^2 para o Item 10 – “O enfermeiro que se tem em consideração a si e se considera agradável no contacto com os outros, está mais motivado profissionalmente”

Frequências Graduação	Frequências observadas N	Frequências esperadas N
1	8	38,7
2	58	38,7
3	50	38,7
Total	116	
$\chi^2_p = 37,310$ $\chi^2_t = 9,21$ gl = 2 $\alpha = 1\%$		
$\chi^2_p > \chi^2_t (37,310 > 9,21)$ P = 0,000 n = 116		

Discussão

Após apresentação dos resultados, a sua discussão pretende realçar os aspectos mais significativos dos achados de pesquisa, através de interpretação e discussão dos resultados obtidos, com base na bibliografia revista, extraindo as conclusões possíveis.

A aplicação do Instrumento de recolha de dados à amostra, prendeu-se essencialmente com a necessidade de testar e confirmar o modelo proposto. Na pré-testagem foi feito um estudo de reflexão falada dos itens, através da entrevista com peritos e especialistas na área, que sugeriram alterações e confirmaram a exequibilidade, legibilidade e pertinência temática do Instrumento.

Aplicado á amostra verificou-se que o modelo foi largamente confirmado, isto é, os inquiridos consideram, numa primeira análise, que a relação entre auto-conceito e a sua influência na motivação para a profissão de enfermagem é francamente provável. Todos os itens da escala foram viabilizados. A maior percentagem da amostra concentrou-se em níveis de concordância elevados (>2).

Podemos então dizer que, para os enfermeiros, a motivação profissional é influenciada pelo auto-conceito do indivíduo, pelas percepções que o indivíduo tem de si próprio e que integram a percepção dos outros.

E assim, inferir, que o auto-conceito pode ser uma fonte de motivação, o que é corroborado por Fitts (1972) e Gécas (1982), que o referem como sendo o ponto de referência através do qual o indivíduo interage com o meio envolvente. Um dos principais constructos intervenientes nos processos de motivação.

Da análise dos resultados obtidos os enfermeiros tendem a considerar, sob o ponto de vista estatístico, com alguma relevância, que é indissociável a influência de constructos mentais com o auto-conceito nas suas motivações na relação de educação para a saúde, independentemente de se analisar o auto-conceito geral, nas suas dimensões afectivas, das identidades, emocionais ou o auto-conceito de competência, nas suas dimensões da auto-eficácia e da auto-consistência. Isto porque todas as estruturas do auto-conceito analisadas nos diversos itens adquiriram significância estatística.

3.5 - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES RELATIVAMENTE AO MODELO TEÓRICO

O Modelo Teórico proposto não sofreu alterações, pelo que, os pressupostos, dos quais partimos mantêm-se, ou seja: o Auto-Conceito do Enfermeiro influencia a sua motivação profissional. Sendo que, o Auto-Conceito foi analisado através do Auto-

Conceito geral individual e do Auto-Conceito de competência e a motivação profissional foi analisada segundo o projecto profissional, a motivação intrínseca e as expectativas de eficácia.

Após consulta aos peritos e especialistas, estes, tal como nós, acreditam na probabilidade do modelo, isto é, a opinião expressa de forma estatisticamente significativa pelos inquiridos é de que, o Auto-Conceito (geral e de competência) influencia a motivação profissional do enfermeiro, o que nos possibilitou a formulação de algumas hipóteses para o nosso estudo.

Verificada a aceitação do Modelo proposto, é nossa expectativa que ao longo do processo de investigação se alcancem algumas respostas para a problemática exposta, no sentido de atingir os objectivos a que nos propomos.

Não foram encontrados estudos com os profissionais de enfermagem em matéria de Auto-Conceito.

O modelo teórico validado serviu de base para o trabalho de pesquisa que seguidamente se apresenta, sobre a relação de influência do Auto-Conceito do Enfermeiro na sua motivação profissional, que compreende a adaptação e validação, para o contexto da profissão de enfermagem, de duas escalas, uma de Auto-Conceito de Competência e outra de Motivação Profissional.

CAPÍTULO 4 - ESTUDO EMPÍRICO

A metodologia de um estudo pretende garantir a objectividade e o rigor científico, mediante o desenvolvimento de um determinado número de etapas e regras que possibilitam chegar a determinados objectivos de forma mais fidedigna. O método científico será então, “ *o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para se atingir o conhecimento*” (Gil, 1995:27).

O que se pretende é contribuir para o esclarecimento e desenvolvimento do tema proposto, neste grupo profissional específico, abrindo assim novos caminhos para futuros trabalhos, nomeadamente contribuindo com instrumentos adaptados para enfermagem no âmbito do Auto-Conceito de Competência e da Motivação, facilitando assim a criação de ferramentas mais optimizadas de Gestão de Recursos Humanos e adequação dos mesmos aos serviços.

Para Lakatos e Marconi (1992: 102), “*o assunto que se deseja provar ou desenvolver, pode surgir de uma dificuldade prática, da curiosidade científica, de desafios encontrados noutros trabalhos*”. Neste caso, nasceu da curiosidade científica e da necessidade de melhorar as práticas profissionais, de forma fundamentada.

4 - METODOLOGIA

Foram percorridos um conjunto de etapas e processos, visando a obtenção de determinados propósitos, dos quais destacamos:

- A pesquisa documental e bibliográfica, “ *A Documentação Indirecta*” (Lakatos e Marconi, 1992);
- A colheita de dados, “ *A Documentação Directa*” (Ibiden,1992).

Foi utilizada a observação *directa extensiva*, através da técnica do questionário e medidas de opinião e atitudes.

Os processos de observação e análise são passíveis de serem agrupadas consoante as características e objectivos que os precedem. Esta observação é *não-experimental*. Pretende ser de natureza *exploratória e descritiva*. *Transversal* quanto ao momento de

observação. Quanto ao paradigma utilizado esta análise é mista, *fenomenológico*, no sentido em que os sujeitos são “*fonte privilegiada no que diz respeito à explicação e consequente inteligibilidade das intrincadas redes que produzem os actos/situações*” (Gonçalves, 2001: 231) e *positivista* no sentido de ser mais quantitativa, isto é, procuramos nos dados relações de associação, explicação e previsibilidade entre as variáveis. A situação de observação pretende-se, *natural e alospectiva*.

Exploratória, o que é explicado, segundo Gil (1995), pelo facto do tema escolhido estar pouco explorado na bibliografia existente e se tornar difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionáveis. As pesquisas exploratórias, para este autor, são desenvolvidas com o objectivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado facto. O estudo exploratório “...*é mais indutivo ou de descoberta de pontos de continuidade ou pregnância numa dada realidade*” (Almeida & Freire, 2000).

Descritivo porque, tem por base o estudo e descrição das características de determinados constructos mentais (o auto-conceito e a motivação) em determinado grupo profissional (os enfermeiros), para o qual se pretende dar algum contributo para caracterizar, esclarecer e/ou desenvolver. As observações descritivas têm como objectivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis ou uma eventual relação entre fenómenos. Sendo incluídas neste grupo as pesquisas que têm por objectivo levantar opiniões, atitudes e crenças de uma população (Gil, 1995; Almeida & Freire, 2000).

É Natural, porque os indivíduos vão ser observados no seu meio, sem manipulação.

Do ponto de vista temporal, a focalização do processo de observação é um “*Corte*”, “*a fotografia da situação*”, sendo portanto um estudo *Atributivo*, de índole *Transversal*. Alospectiva, porque observador e observado não são coincidentes. Para Massano Cardoso (1995-1996), os estudos transversais são úteis nas diferentes consequências resultantes da exposição a uma mesma causa, tal como no estudo de exposições múltiplas, tendo a vantagem de execução mais rápida.

A observação pretende-se sistemática, para o efeito foi construído um modelo teórico, que foi devidamente testado e validado, através de instrumento (questionário) criado para colheita de dados, o que constituiu o estudo prévio desta pesquisa, apresentado no capítulo anterior.

Uma das razões conducentes à opção por trabalhar com enfermeiros, prende-se fundamentalmente com aspectos de ordem profissional e pessoal. Como refere

Gonçalves (2000), “*A investigação não faz sentido se não for útil para aplicar à prática*”. Para melhorá-la, para esclarecê-la e aumentar a sua compreensibilidade, metodologia e eficácia. Daí a necessidade sentida de focalizar o nosso estudo neste grupo profissional, mesmo porque está pouco explorado na literatura.

4.1 - AMOSTRA E PROCEDIMENTO

A população com a qual trabalhamos é constituída pelos enfermeiros, certificados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em exercício profissional no Algarve, na Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, nos hospitais distritais e Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT's) do Algarve, ou seja, todas as instituições de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). “*O Universo ou População é um conjunto de elementos que possuem determinadas características, que lhes são comuns*” (Gil, 1995).

Foram seleccionados para este estudo, todos os enfermeiros da Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve (de todos os Centros de Saúde e respectivas Extensões, desde Sagres a Vila Real de Santo António), os enfermeiros de todas as Unidades Hospitalares Distritais (Faro/Sotavento, Portimão/Barlavento e Lagos) e de todos os Centros de Atendimento de Toxicodependentes (CAT) do Algarve (Olhão e Portimão). Enfermeiros de ambos os sexos, de todos os grupos etários, independentemente da categoria profissional ou serviço em que trabalham dentro de cada instituição. Sendo assim o leque de observação bastante alargado.

Partimos duma população de cerca de mil e noventa e um (1091) enfermeiros (Centros de Saúde do Algarve- 307 enfermeiros; Hospitais Distritais do Algarve- 760 enfermeiros; Centros de Atendimento de Toxicodependentes- 24 enfermeiros). Por dificuldades na aplicação vimos a nossa população reduzida a uma amostra de seiscentos e trinta e um (631) efectivos, dos quais apenas devolveram os questionários trezentos e setenta e cinco (375) indivíduos, tendo sido rejeitados, entre estes, trinta e três (33) questionários. Pelo que, o número final de efectivos foi de trezentos e quarenta e dois (342) enfermeiros. Foram retirados os elementos utilizados no estudo prévio, para testagem do modelo. Tendo sido a percentagem de quebra de aproximadamente 54,2 %.

De qualquer modo, considerar todos os indivíduos, em investigação, é, para diversos autores, “ *economicamente inviável, estatisticamente desnecessário e humanamente impossível*” (Miranda, 1983; cit. por Almeida & Freire, 2000: 95). Por esta razão, é

frequente, em pesquisas sociais, trabalhar com amostras, ou seja, *“pequena parte dos elementos que compõem o universo. É um subconjunto do universo ou da população, por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população”* (Gil, 1995) e que o investigador espera que seja representativo. Interessava, mais uma vez, que o número de efectivos viabilizasse a análise estatística, de forma consistente e representativa da população.

A população foi seleccionada de forma *Não- Probabilística*, por *Conveniência* *“depende unicamente de critérios do pesquisador”* (Gil, 1995: 93) e é do tipo *selecção por Tipicidade*, isto é, *“constitui um tipo de amostragem não-probabilística e consiste em seleccionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população”* (Gil, 1995: 97).

Os investigadores não são unânimes em matéria de constituição da amostra, para Adams e Schvaneveldt (1985), *“não há regras universais quanto ao número de sujeitos que devem constituir a amostra, dependendo dos objectivos do estudo, do método de recolha dos dados e da população em causa. Geralmente considera-se que, quanto mais homogénea for a população em causa, menor necessita de ser a amostra para traduzir as características dessa população* (cit. por Jesus, 1996: 189).

No entanto, se tivermos em conta a homogeneidade da população em causa e o facto de um dos objectivos do nosso estudo consistir na adaptação e validação de duas escalas para o contexto de enfermagem, sendo que pelo menos uma das quais possui um número elevado de itens, a amostra á qual chegamos é suficiente para traduzir as características da população, o que é corroborado por Almeida e Freire (2000: 107), *“aceita-se como consistente uma amostra de 300 sujeitos em estudos de validação de instrumentos com um número elevado de itens”*. Os indivíduos observados representam cerca de 31,3 % da população de enfermeiros do Algarve.

Numa primeira fase foi solicitada autorização formal, para aplicação do instrumento de recolha de dados ás equipas de enfermagem, por escrito, em carta registada, ás instituições seleccionadas, dirigida aos respectivos Presidentes do Conselho de Administração, nos casos dos hospitais distritais, ao Presidente da Direcção do Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependentes (SPTT), no caso dos centros de atendimento de toxicodependentes e ao Presidente da Administração Regional de Saúde do Algarve no caso dos centros de saúde. A ARS, o SPTT e o HBA (Hospital do Barlavento Algarvio- Portimão) disponibilizaram-se prontamente a colaborar, enviando as respectivas autorizações formalizadas.

Numa segunda fase, solicitei á Directora de Enfermagem do HBA, uma reunião de formação com todos os enfermeiros chefes, que me foi concedida e teve lugar no dia 9 de junho de 2002, na sala de conferências do próprio hospital, das 14 ás 15 horas, sobre o tema “*Auto-Conceito/ Motivação Profissional e Relação Educativa em Enfermagem*”, a exposição teve a duração de 25 minutos, os restantes 35 minutos foram utilizados em debate e esclarecimento de dúvidas sobre o trabalho. Estiveram presentes dezanove (19) enfermeiros chefes, uma enfermeira Supervisora e a Enfermeira Directora do HBA.

A mesma reunião de formação foi solicitada ao SPTT e á ARS, tendo sido concedidas. No CAT de Olhão a formação foi efectuada no dia 9 de Junho das 17 ás 18 horas e teve lugar na sala de formação do CAT de Olhão, sobre o tema supracitado, com o mesmo tempo de exposição e debate da reunião anterior. Estiveram presentes um (1) enfermeiro chefe e cinco (5) enfermeiros substitutos dos enfermeiros chefes. Nesta reunião esteve também presente o Enfermeiro Responsável pelo CAT de Portimão, que é um dos dois elementos de enfermagem deste CAT.

Na ARS, a nível dos Centros de Saúde (CS), foram igualmente realizadas as reuniões de formação, que versaram sobre o mesmo tema, mas neste caso foram feitas individualmente, a cada enfermeiro chefe e seu substituto, nos respectivos gabinetes dos locais de trabalho, nos dias 7 (CS de Sagres, Vila do Bispo, Lagos e Portimão, das 9 ás 16 horas), 14 (CS de Lagoa, Silves e Albufeira, das 9 ás 15 horas), 21 (CS de Loulé, Faro e Olhão, das 9 ás 15 horas) e 28 (CS de Vila Real de Santo António e Tavira, das 9 ás 13 horas) do mês de Junho de 2002. Cada reunião teve a duração de cerca de 30- 35 minutos, sendo 15 minutos dos quais para exposição e os restantes para debate e esclarecimento de dúvidas. A necessidade de reuniões individuais nos centros de saúde ficou-se a dever á dispersão geográfica dos mesmos e impossibilidade, por tal facto, duma reunião geral, mesmo pelas dificuldades em recursos humanos com que se debatem os serviços de prestação de cuidados primários.

Os Instrumentos de recolha de dados foram distribuídos em envelopes fechados e selados para a volta do correio, no final das reuniões de formação, aos enfermeiros chefes das diversas equipas, que se responsabilizaram por redistribuí-los e reenviá-los após preenchimento. A recolha foi feita durante o mês de Julho de 2002.

Em cada instituição foram distribuídos o número de questionários equivalente ao número de enfermeiros em exercício, acrescidos de alguns exemplares, para os casos de inutilização involuntária e percebida, numa totalidade de setecentos e quarenta (740) questionários.

Dificuldades na aplicação

A primeira dificuldade surgiu associada a duas das unidades hospitalares distritais seleccionadas, o Hospital distrital de Faro- HDF e o Hospital Distrital de Lagos- HDL. O HDF recusou participar nesta segunda fase da pesquisa tendo alegado a sua participação na primeira fase (da validação do modelo) e a saturação dos seus enfermeiros na participação no preenchimento de questionários para trabalhos de investigação. O HDL nem mesmo se dignou a reenviar qualquer resposta aos dois pedidos enviados. Pelo que, logo à partida nos ficou vedado o acesso a quatrocentos e sessenta enfermeiros (460 enfermeiros: HDF- 300 e HDL- 160). O HBA (Hospital do Barlavento Algarvio- Portimão) foi portanto a única unidade hospitalar a participar neste processo de observação.

A segunda dificuldade emerge da devolução dos questionários, em seiscentos e trinta e um enfermeiros (631) a quem foi disponibilizado o instrumento, apenas trezentos e setenta e cinco (375) os devolveram, o que também se fica a dever a férias, faltas e outras licenças.

Dos questionários devolvidos, surge a terceira dificuldade, pela necessidade de rejeição de trinta e três exemplares (33), por apresentarem algumas questões sem resposta, resposta múltipla numa ou mais questões e resposta imperceptível devido a rasuras.

A dispersão geográfica das instituições que participaram no processo de observação, constituiu de alguma forma, dificuldade para os observadores, essencialmente quanto á acessibilidade e dispêndio de muito tempo. O actual SNS e a política de saúde em vigor no nosso País constituem por si só uma barreira quase intransponível, pela saturação de trabalho dos seus profissionais de saúde e pela saturação de doentes das suas instituições, entre outros factores, condicionando desde logo a pouca disponibilidade para o que quer que seja que não o próprio trabalho do profissional.

4.2 - HIPÓTESES EM ESTUDO

A partir da formulação do problema, a construção de hipóteses é um passo importante em qualquer processo de investigação. Têm carácter provisório, antecedem a constatação dos factos e carecem de verificação empírica. Numa perspectiva mais específica, podemos dizer que as hipóteses se apresentam como “*a antecipação duma*

relação entre dois conceitos, constructos ou entre dois tipos de fenómenos” (Quivy, 1992).

Partimos de dois pressupostos para formular as nossas hipóteses: o primeiro, é que existem actualmente dados substanciais da investigação que levam a admitir que um indivíduo com um bom Auto-Conceito tem um desempenho mais satisfatório e gratificante (Vaz Serra, 1986; Markus, 1987; Bandura, 1991; Franken, 2000), o segundo baseia-se na sugestão dos investigadores de que, o auto-conceito determina como processamos a informação, os sentimentos que experimentamos, as metas que estabelecemos, a nossa motivação para agir, as nossas reacções ou feed-back e como nos reflectimos no sucesso e no fracasso (Markus & Wurf, 1987; Deci & Ryan, 1991; Dweck, 1991; Franken, 1998).

Visando este trabalho, a verificação da intensidade da relação entre o Auto-Conceito do enfermeiro e a sua motivação profissional, formulámos as seguintes hipóteses:

H1: Existe relação de influência do Auto-Conceito do enfermeiro sobre a sua Motivação Profissional;

H2: Existe relação de influência do Auto-Conceito de Competência do enfermeiro sobre a sua Motivação Profissional;

4.3 - VARIÁVEIS EM ESTUDO

A operacionalização de variáveis pode-se definir como *“um processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração ou classificação”* (Gil, 1995: 81).

No processo de observação presente o que vamos medir são construtos psicológicos e atitudes ou comportamentos. Como referem Almeida e Freire (2000: 51), *“Na investigação dita correlacional (mais descritiva do que explicativa), a variável tem sobretudo a ver com as dimensões do comportamento avaliadas ou com os constructos avaliados”*. Sendo que, *“os constructos são entidades abstractas...”* (Auto-Conceito e Motivação) e *“...as dimensões latentes do comportamento, as variáveis da realidade observável”*.

A “*Variável Independente*” identifica-se “*com a dimensão ou característica que o investigador manipula, deliberadamente, para conhecer o seu impacto numa outra variável- a variável dependente*” (Almeida & Freire, 2000: 53).

→ **Variável Independente** → Auto-Conceito (Auto-Conceito Geral e Auto-Conceito de Competência)

O Auto-Conceito Geral Individual será descrito pelo Inventário Clínico de Auto-Conceito de Vaz Serra (1986). Para descrição do Auto-Conceito de Competência foi adaptada por nós, para os profissionais de enfermagem, uma Escala de Auto-Conceito de Competência, originária da Finlândia, da autoria de Rätty e Snellman (1992), construída para aplicação a estudantes, a partir do 9º ano de escolaridade e a adultos. Esta escala original foi posteriormente adaptada para o contexto Português por Faria e Santos (1998).

Estas são, no nosso estudo, “*Variáveis Psicológicas*” (Almeida & Freire, 2000), porque avaliam dimensões cognitivas e afectivas do comportamento.

→ **Variável Dependente** → Motivação Profissional

A “*Variável Dependente*” é definida por Almeida e Freire (2000: 53) como “*a característica que aparece ou muda quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente*”.

De acordo com os autores supracitados, no nosso estudo, a variável dependente também pode ser considerada – “*Variável Critério*”, isto porque, não introduzimos alterações na variável independente de forma a fazer variar a variável dependente, como tal assume-se o estatuto desta variável mais no sentido da correlação. É também uma “*Variável Psicológica*” (Almeida & Freire, 2000), neste caso cognitivo-motivacional, porque avalia dimensões motivacionais do comportamento.

A motivação será descrita por uma escala de motivação, adaptada por nós para enfermeiros, a partir duma Escala de avaliação da Motivação e Empenho na Relação Educativa, da autoria de Jesus (1997).

→ **Variáveis Socio-demográficas** → Idade, Sexo, Instituição onde Trabalha, Categoria Profissional e Tempo de Serviço na Carreira.

Estas variáveis são “*Atributivas*”, porque caracterizam determinados atributos já existentes na população e sujeitos a observação e análise por parte dos observadores, o

que é explicado por Almeida e Freire (2000:54), por “*considerar apenas as características «naturais» dos sujeitos, grupos ou contextos...*”.

Idade (Variável quantitativa discreta); Sexo (Variável qualitativa dicotómica descontínua); Instituição onde Trabalha (Variável qualitativa politómica); Categoria Profissional (Variável qualitativa politómica); Tempo de Serviço na Carreira (Variável quantitativa discreta).

4.4 - INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Este estudo pretende, antes de mais, adaptar, validar e aferir duas escalas para o contexto da profissão de enfermagem, uma no âmbito do Auto-Conceito de Competência em Enfermeiros, com base na Escala de Auto-Conceito de Competência de Rätti e Snellman (1992), adaptada para o contexto português por Faria e Santos (1998), que avalia o auto-conceito de competência dos sujeitos, isto é, a forma como interpretam a sua realização.

A segunda escala que pretendemos validar para o contexto da profissão de enfermagem é uma escala de motivação profissional de enfermeiros, sendo a motivação avaliada a partir de três dimensões, o projecto profissional, a motivação intrínseca e as expectativas de eficácia. Esta escala é adaptada a partir da Escala de Motivação e Empenhamento na Relação Educativa, de Jesus (1996) aplicada a professores.

Utilizamos no nosso estudo, a versão original duma terceira escala, o Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de Vaz Serra (1986), que avalia o Auto-Conceito geral individual, nos aspectos emocionais, afectivos e neste âmbito, o desempenho social, aspectos que não são observáveis na Escala de Auto-Conceito de Competência, adaptada por nós, para enfermeiros. A nossa expectativa em relação á utilização deste instrumento prende-se com a perspectiva deste avaliar de forma fiável e consistente os aspectos referidos (afectos e emoções). Passamos então a descrever cada um dos instrumentos utilizados.

4.4.1 - Escala de Auto-Conceito de Competência

Como já tivemos oportunidade de referir, esta escala é uma adaptação para o contexto português (por Faria & Santos, 1998) duma escala de auto-conceito de

competência finlandesa, construída por Rätty e Snellman (1992). Originalmente, é-nos sugerido que esta escala foi construída com base em dois pressupostos: primeiro, as auto-avaliações de competência parecem estar mais relacionadas com a forma como interpretamos a realização do que com a realização objectiva (Bandura, 1977; Nicholls, 1982; Novick, Cauce & Grove, 1996; cit. por Faria & Santos, 1998), em segundo lugar, existem algumas evidências empíricas que apontam para o facto dos sujeitos com elevado auto-conceito de competência utilizarem de forma mais eficaz as suas capacidades intelectuais, obtendo assim melhores resultados (Man & Hrabal, cit. por Faria & Santos, 1998). Esta escala avalia a capacidade para apreciar os sucessos e lidar adequadamente com os fracassos.

Rätty e Snellman (1992), utilizaram medidas abertas e indirectas para obtenção de descrições sobre pessoas inteligentes, conhecidas dos inquiridos. As medidas consistiam em inventariar características definidoras do adulto ou aluno inteligente. As descrições reflectiriam assim, as percepções e experiências reais.

A escala é constituída por trinta e um (31) itens, definidos em seis (6) dimensões do auto-conceito (seis sub-escalas encontradas por análise factorial). Os itens das sub-escalas não se sucedem, estão dispostos de forma alternada.

É uma escala do tipo Likert, avaliada e cotada em cinco (5) pontos, de um a cinco (1 a 5), em que os indivíduos se situam no grau em que possuem determinada característica (1- não tenho mesmo nada; 5- tenho mesmo muito).

1- baixo auto-conceito; 5- elevado auto-conceito

As seis dimensões do auto-conceito avaliadas são:

➤ “Resolução de Problemas”.

Itens 2; 8; 14; 20; 26; 30 e 31

Avalia a percepção de competência nos domínios das aprendizagens cognitivas, da resolução de problemas e da aplicação de conhecimentos á prática. Dimensão cognitiva do auto-conceito.

➤ “Sofisticação ou Motivação para Aprender “

Itens 5; 11; 17; 23; e 28

Avalia a percepção de competência no domínio do investimento e da motivação na aprendizagem.

➤ “Prudência”

Itens 4; 10; 16 e 22

Avalia a percepção de competência no domínio da precisão e profundidade na aprendizagem.

➤ “Cooperação Social”

Itens 1; 7; 13; 19, 25 e 29

Avalia a percepção de competência no domínio da cooperação com os outros, das interações sociais.

➤ “Assertividade Social”

Itens 3; 9; 15; 21 e 27

Avalia a percepção de competência no domínio social, capacidade de expressar opiniões, travar conhecimentos e iniciar relações.

➤ “Pensamento Divergente”

Itens 6; 12; 18; e 24

Avalia a percepção de competências manuais, físicas e musicais, isto é, competências ligadas á criatividade.

A escala destina-se a adolescentes, a partir do 9º ano e a adultos, podendo ser aplicada individual ou colectivamente (Faria & Santos, 1998). A versão finlandesa ainda estava em fase de estudo quando foi feita a adaptação para o contexto português.

Adaptação da Escala de Auto-Conceito de Competência ao contexto português (Faria & santos, 1998)

Para os autores que adaptaram a escala, o que se pretendia era “*garantir a compreensão unívoca dos itens e avaliar a sua relevância no contexto português, como também estudar as qualidades psicométricas da escala*” (Faria & Santos, 1998: 465). A amostra á qual foi aplicada a escala era constituída por 308 estudantes do 11º ano e 105 universitários dos 1º e 4º anos duma licenciatura em Psicologia.

Os resultados da validação da escala foram considerados “*satisfatórios*” pelos autores, apesar da consistência fraca da escala, tendo estes considerado que “*apoiam a aplicação do instrumento no contexto português*” (Faria & Santos, 1998).

A validade psicométrica da escala foi estudada pela consistência interna dos itens, através do Alpha de Cronback e da estrutura factorial e o poder discriminativo dos itens. A validade predictiva da escala, através do estudo das correlações com os resultados escolares e com as expectativas de sucesso académico. A estabilidade temporal, através da fidelidade teste-reteste, com um mês de intervalo (N=66). A validade diferencial, através dos estudos das diferenças em função dos factores de diferenciação das amostras (sexo, nível económico, agrupamento de estudos e ano curricular).

Os resultados publicados, quanto á consistência interna da escala, tem a ver com os valores de Alpha de Cronback nas diversas sub-escalas e são os seguintes: para a

amostra do 11º ano: resolução de problemas (.79); assertividade (.71); cooperação (.69); sofisticação ou motivação (.61); prudência (.58); pensamento divergente (.47). Para a amostra de adultos (alunos universitários): resolução de problemas (.81); assertividade (.61); cooperação (.66); sofisticação ou motivação para aprender (.74); prudência (.61); pensamento divergente (.48).

A escala mais consistente é a de “*Resolução de Problemas*”, que representa uma dimensão cognitiva do auto-conceito e a menos consistente é a de “*Pensamento Divergente*”, relacionada com os aspectos da criatividade. Os autores consideraram valores de Alpha aceitáveis os referentes às escalas de “*Assertividade*” e “*Cooperação*”, evidenciando que, os valores inferiores de Alpha nas escalas de “*Prudência*” e “*Pensamento Divergente*”, pode ser explicado por serem as duas sub-escalas com o menor número de itens.

Esta escala foi utilizada por nós para adaptar para enfermeiros, na sua versão adaptada para o contexto português, com a autorização expressa dos autores.

4.4.2 - Escala de Motivação

Esta escala avalia, como o próprio nome indica; diversos aspectos da motivação e empenhamento dos professores na relação educativa. Foi construída no âmbito do estudo da “*Motivação e Formação de Professores*” por Jesus (1996).

É constituída, originalmente, por noventa e dois (92) itens distribuídos em onze (11) sub-escalas, que avaliam, nos professores, as variáveis: Projecto profissional; Empenhamento profissional; Valor das metas; Expectativa de sucesso; Expectativa de Eficácia; Expectativa de controlo; Atribuição sucesso/ locus; Atribuição fracasso/ locus; Atribuição sucesso/ estabilidade; Atribuição fracasso/ estabilidade; Motivação intrínseca.

Da escala original foram adaptadas, por nós, para enfermeiros, três sub-escalas, que avaliam o Projecto profissional/ Objectivos profissionais (componente cognitiva da motivação), a Motivação intrínseca (componente cognitiva e emocional da motivação) e as Expectativas de eficácia (componente cognitivo-comportamental da motivação). A selecção feita prende-se com os objectivos do nosso estudo, isto é, não está em causa a análise da motivação profissional dos enfermeiros e as suas fontes motivacionais, mas sim a influência que o auto-conceito pode ter nessa motivação, a partir de factores que pressupõem o envolvimento de construtos emocionais e afectivos, de internalidade,

como as expectativas pessoais, a motivação intrínseca e os projectos pessoais relativos á profissão. Abstemo-nos assim, de descrever todo o instrumento original, o que, para o nosso estudo se tornaria desadequado e exaustivo. Vamo-nos focalizar apenas nas sub-escalas adaptadas para enfermeiros. A “*Motivação Intrínseca*” e “*Expectativas de Eficácia*” são, para o autor, “*medidas predictoras da motivação*” (Jesus, 1996: 190).

Os itens foram formulados a partir do “*significado teórico das variáveis, dos instrumentos já existentes para as avaliar e das investigações anteriormente realizadas com estes instrumentos*” (Jesus, 1996: 187). É uma escala do tipo Likert.

A cotação da escala é de zero (0) a dois (2), da menor para a maior orientação para a profissão, para o “Projecto Profissional” e de um (1) a sete (7) para a “Motivação Intrínseca” e “Expectativas de Eficácia”, sendo 1- discordo totalmente; 2- discordo bastante; 3- discordo um pouco; 4- não discordo nem concordo; 5- concordo moderadamente; 6- concordo bastante e 7- concordo totalmente.

✓ Projecto profissional

Avalia os objectivos/metast do indivíduo, relativamente á profissão. Consiste num primeiro bloco de questões que iniciam o questionário. Este bloco de questões subdivide-se em três alternativas de resposta quanto aos seus objectivos profissionais, traduzindo uma maior ou menor orientação motivacional para a profissão. Na primeira questão as alternativas de resposta pressupõem maior ou menor desejo de permanecer na profissão ou mesmo o desejo de abandoná-la. Na segunda questão, o indivíduo indica, em duas alternativas, que profissão gostaria de exercer actualmente e daqui a cinco anos. Na terceira questão, o indivíduo expressa, em três alternativas (pouco, moderadamente e muito) o grau em que gostaria de continuar a exercer a profissão ou não. Quanto á cotação, o autor (Jesus, 1996) dá as seguintes indicações: devem ser somados os resultados obtidos nas três questões, sendo a média (M) de referência 4,413. Na primeira questão, a cada uma das respostas é atribuída uma cotação de zero (0) para uma menor orientação para a profissão a dois (2) para uma maior orientação para a profissão. Na segunda questão, cada uma das respostas é cotada de zero (0) se o indivíduo não deseja exercer a profissão em nenhuma das situações temporais e é cotada até dois (2) quanto mais o indivíduo desejar exercer a profissão em ambas as situações temporais. O indivíduo também é questionado em relação á profissão que gostaria de exercer.

✓ Motivação Intrínseca

Avalia a motivação intrínseca do indivíduo para a sua actividade profissional. Esta sub-escala foi adaptada por Jesus (1996), a partir do IMQ (Intrinsic Motivation Questionary) de Lawler e Hall (1970), com base na Teoria da Motivação Intrínseca. Jesus (1996:191) refere exemplos de itens colocados num nível de maior especificidade “*aquilo que faço no meu trabalho proporciona-me um sentimento de realização*”, “*dar aulas proporciona-me um sentimento de realização*”. A motivação intrínseca é cotada numa escala do tipo Likert de 1 a 7 (1-discordo totalmente; 7- concordo totalmente). Para cotação, os resultados dos quatro itens são somados, sendo a média (M) de referência fornecida pelo autor de 22,462.

✓ Expectativas de Eficácia

Avalia as expectativas do indivíduo em relação às actividades profissionais. Esta sub-escala foi adaptada por Jesus (1996), numa escala adaptada por Neto et. al (1991) da escala TES (Expectations Test) de Gibson e Dembo (1984), com base na Teoria de Bandura. Foram seleccionados por Jesus (1996), sete (7) itens os quais apresentaram, quer nas investigações de Gibson e Dembo, quer na adaptação de Neto et. al, “*as saturações significativas no factor eficácia pessoal*”. É uma escala do tipo Likert, pontuada em 7 pontos, de 1-discordo totalmente a 7- concordo totalmente. As indicações de cotação de Jesus (1996), são no sentido de serem somados os resultados dos itens, tendo por média de referência 29,517.

Quanto aos resultados da consistência interna das sub-escalas referidas nos estudos de Jesus (1996), os valores de Alpha de Cronback, são os seguintes: para a amostra total : “projecto profissional” (.881); “motivação intrínseca” (.848); “expectativas de eficácia” (.679). Para os professores: “projecto profissional” (.915); “motivação intrínseca” (.857); “expectativas de eficácia” (.675).

Esta escala foi utilizada para adaptação aos enfermeiros, com a autorização expressa do autor.

4.4.3 - Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)

O ICAC, como já tivemos oportunidade de referir, foi construído por Vaz Serra (1986), aferido para a população geral portuguesa. É, das escalas de avaliação de auto-conceito, uma das mais testadas empiricamente no nosso País, designada para especial

aplicação na clínica, nomeadamente em psiquiatria. Aplicada a uma amostra de 920 indivíduos da população geral, sem doença, portanto saudáveis. Avalia e regista aspectos emocionais e sociais do auto-conceito individual, na vertente da auto-percepção, em vinte (20) itens de seis (6) sub-escalas, depois de submetida a diversos “refinamentos”. As sub-escalas correspondem a seis (6) factores, extraídos por análise factorial, com rotação ortogonal (Vaz Serra, 1986).

❖ Factor 1- Aceitação/ Rejeição Social

Itens 1; 4; 9; 16 e 17

Indica aceitação ou agrado social ou rejeição ou desagrado social.

❖ Factor 2- Auto-Eficácia

Itens 3; 5; 8; 11; 18 e 2

Indica os aspectos de enfrentar e resolver problemas e dificuldades.

O item 18 é de sentido negativo, logo cotado inversamente.

❖ Factor 3- Maturidade Psicológica

Itens 2; 6; 7; e 13

Indica aspectos da maturidade no sentido de gerir as emoções.

❖ Factor 4- Impulsividade/ Actividade

Itens 10; 15 e 19

Indica comportamentos geridos emocionalmente.

❖ Factores 5 e 6 – Factor Misto

Itens 12 e 14

Avaliam de forma mista factores emocionais e sociais, daí o autor considerar inadequada qualquer nomenclatura.

Os factores 1 e 4, respectivamente, “*Aceitação/ Rejeição social*” e “*Impulsividade/ Actividade*”, são para o autor, os que melhor definem a maneira como um indivíduo se percebe a si próprio (Vaz Serra, 1986).

O ICAC é uma escala do tipo Likert, cotada de 1 a 5, no sentido crescente (1-não concordo; 5- concordo muitíssimo). Nos itens de formulação negativa (item 18) as pontuações são revertidas. Uma pontuação mais alta exprime sempre um melhor auto-conceito. O quadro de referência do autor é o seguinte: inferior a secenta e quatro (< 64: auto-conceito muito pobre); entre secenta e quatro e oitenta (64 a 80: auto-conceito médio/bom); superior a oitenta (> 80: auto-conceito muito bom).

Na validação original da escala, “...o coeficiente de Spearman-Brown foi de .791 (n=920), o coeficiente de correlação teste-reteste foi de .838 (n=108), revelando boa consistência interna e estabilidade temporal. A correlação entre uma classificação

pessoal do auto-conceito e a nota global da escala (n=920) foi de .466, revelando-se positiva e altamente significativa, o que é sugestivo duma boa validade do constructo. A análise factorial permitiu a extracção de 6 factores” (Vaz Serra, 1986: 79).

Esta escala é usada no nosso estudo, na sua versão original, com a autorização expressa do seu autor. Não introduzimos qualquer alteração, nem sentimos a necessidade de qualquer adaptação para os profissionais de enfermagem, visto que, os enfermeiros fazem parte da população geral e apresentam as mesmas características desta. De qualquer modo esperamos que o estudo desta escala com enfermeiros nos traga alguns esclarecimentos sobre a pertinência ou não da sua utilização com este grupo profissional e na avaliação de dimensões emocionais do auto-conceito nestes profissionais.

5 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da aplicação dos instrumentos de colheita de dados, descritos no capítulo anterior. Os dados foram processados estatisticamente na base de dados do SPSS 10.0 (1999).

Nas tabelas e quadros apresentados, será omitida a fonte, visto estar referida á amostra populacional de 342 enfermeiros (n= 342) em exercício profissional em Instituições Públicas de Saúde no Algarve (ARS Algarve, HBA, SPTT-CAT's).

Dos títulos das tabelas e quadros será igualmente omitido o ano e o local, visto não variarem (2002- Algarve).

5.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A caracterização da amostra foi obtida através dum conjunto de questões iniciais, que analisam variáveis sócio-demográficas nos enfermeiros observados.

A média (M) geral das idades é de 33,94 anos, situando-se a moda nos 27 anos de idade, com um desvio padrão (DP) de 8,88 anos. Dos enfermeiros observados o mais novo tem 21 anos e o mais velho tem 60 anos.

No nosso estudo, as classes de idades foram constituídas, com base nas classes constituídas por Vaz Serra (1986) e a partir das quais o autor classifica o Auto-

Conceito. O autor constitui quatro classes de idades (dos 15 aos 19 anos- adolescentes; dos 20 aos 39 anos- adultos jovens; dos 40 aos 59 anos- meia idade e superior ou igual a 60 anos). Neste estudo, visto que estamos a trabalhar com uma população de adultos, em fase activa da sua vida, só tem interesse o estudo das duas fases intermédias (dos 20 aos 39 anos e dos 40 aos 59 anos). Apesar de registarmos um indivíduo com 60 anos de idade, não consideramos relevante para se constituir como classe, pelo que, introduzimos este indivíduo na classe dos 40 aos 59 anos.

A Tabela 16 apresenta a distribuição dos enfermeiros no que se refere á idade, 74,9% dos enfermeiros têm idades compreendidas entre os 21 e os 39 anos, 25,1% dos enfermeiros têm idades compreendidas entre os 40 e os 59 anos.

TABELA 16 – Distribuição dos enfermeiros segundo o grupo etário.

GRUPO ETÁRIO	Nº	%
20 — 39	256	74,9
40 — 59	86	25,1
TOTAL	342	100,0

M = 33, 94 anos DP=8,88 anos

Mínimo = 21 anos Máximo = 60 anos

A Tabela 17 apresenta a distribuição dos enfermeiros por sexo. A grande maioria da amostra é feminina (79,2%), sendo o sexo masculino representado por apenas 20,8% da amostra.

TABELA 17 – Distribuição dos enfermeiros segundo o sexo.

SEXO	Nº	%
Feminino	271	79,2
Masculino	71	20,8
TOTAL	342	100,0

A Tabela 18 apresenta a distribuição dos enfermeiros pelas instituições onde trabalham. A maioria dos enfermeiros da amostra (47,4%) trabalha em Centros de Saúde da ARS Algarve, seguidos de 46,2% que trabalham no HBA. Os enfermeiros que trabalham nos CAT'S do SPTT Algarve perfazem apenas 6,4% da amostra.

TABELA 18 – Distribuição dos enfermeiros pelas instituições.

INSTITUIÇÕES ONDE TRABALHAM	Nº	%
Hospital	158	46,2
Centros de Saúde	162	47,4
CAT's	22	6,4
TOTAL	342	100,0

A Tabela 19 apresenta a distribuição de enfermeiros, no que se refere á sua categoria profissional. A maioria dos enfermeiros (48,3%) são graduados, o que significa que tem mais que seis (6) anos de carreira. 7,6% dos enfermeiros são especialistas, isto é, têm um Curso de Estudos Superiores Especializados em determinadas áreas clínicas. Uma boa parte dos enfermeiros (42,1%) não tem qualquer graduação, o que significa que têm menos de seis anos de carreira. Os enfermeiros chefes são representados por 2% na amostra, são enfermeiros que desempenham funções na área da gestão em enfermagem.

TABELA 19 – Distribuição dos enfermeiros pela Categoria Profissional.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº	%
Enfermeiro	144	42,1
Enfermeiro Graduado	165	48,3
Enfermeiro Especialista	26	7,6
Enfermeiro Chefe	7	2,0
TOTAL	342	100,0

A Tabela 20 apresenta a distribuição dos enfermeiros pelo tempo de serviço na carreira. As classes de tempo de serviço na carreira foram constituídas segundo o critério de acesso à categoria, estabelecido pelo Dec.-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, secção II, artigo 11º, que regulamenta e aprova o regime legal da carreira de enfermagem. A primeira promoção, para enfermeiro graduado, é feita administrativamente, após seis anos de exercício profissional. O que podemos observar é que cerca de 45 % dos enfermeiros tem seis (6) anos ou menos de carreira. Entre seis (6) e doze (12) anos de carreira estão 19,3%. A terceira maior fatia dos enfermeiros coloca-se entre os doze (12) e dezoito (18) anos de carreira. Na classe dos dezoito (18) aos vinte e quatro (24) e dos vinte e quatro (24) aos trinta (30) anos de carreira, estão colocados, respectivamente, 8,0% e 8,6% dos enfermeiros. Com trinta (30) ou mais anos de carreira temos uma representação de 3,5% dos enfermeiros pesquisados. A média geral dos anos de serviço na carreira é de 10,3 anos, com um desvio padrão de

8,62. O enfermeiro com menos tempo de carreira não tem ainda 1 ano, apenas alguns meses, pelo que, foi contabilizado zero (0) anos. O enfermeiro mais antigo tem 37 anos de carreira.

TABELA 20 – Distribuição dos enfermeiros tempo de serviço na carreira.

TEMPO DE SERVIÇO NA CARREIRA	Nº	%
≤ 6 anos	154	45,0
6 —12	66	19,3
12—18	54	15,6
18 —24	27	8,0
24—30	29	8,6
≥ 30	12	3,5
TOTAL	342	100,0

M = 10,3 anos DP=8,62 anos

5.2 - ANÁLISE DESCRITIVA DOS RESULTADOS OBTIDOS NAS ESCALAS

Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC)

No Quadro 1 podem ser observados os resultados decorrentes da aplicação do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e dos respectivos factores (F) a enfermeiros. Apresenta também valores de comparação com estudos realizados com o mesmo inventário (Vaz Serra, 1986) na População Geral (PG).

A média (M) de Auto-Conceito geral (AC) apresentada pelos enfermeiros é de 76,18 (PG - 72,51), com um desvio padrão (DP) de 6,51 (PG - 6,83). No que se refere ao factor 1 (F1), “*Aceitação/ Rejeição Social*”, os enfermeiros colocam-se numa média de 19,36 (PG - 15,88), com um desvio padrão de 2,60 (PG - 2,65). A “*Auto-Eficácia*” (F2) apresenta, nos enfermeiros uma média de 21,70 (PG - 22,36), com um desvio padrão de 2,35 (PG - 3,43). A “*Maturidade Psicológica*” (F3) apresenta nos enfermeiros uma média de 16,66 (PG - 14,68), com um desvio padrão de 1,92 (PG - 2,24). O factor “*Impulsividade/ Actividade*” (F4) apresenta, nos enfermeiros, uma média de 12,22 (PG - 11,56), com um desvio padrão de 1,63 (PG - 1,76). Os factores 5 e 6 (“*Factor Misto*”) apresentam nos enfermeiros uma média de 6,24 (PG - 6,63), com um desvio padrão de 1,18 (PG - 1,87).

No Quadro 11 podemos ainda observar a diferença aritmética de médias entre os enfermeiros e a população geral. Há diferenças de médias nos factores “*Maturidade Psicológica*” (1,98) e “*Impulsividade/ Actividade*” (0,66), sendo as médias apresentadas pelos enfermeiros superiores às da população geral. Nos factores “*Auto-Eficácia*” (-0,66) e “*Factor Misto*” (-0,78), a diferença de médias é mínima, tal como nos factores anteriores, sendo que, neste caso, as médias da população geral são superiores às dos enfermeiros. No factor “*Aceitação Social*”, há diferença de médias (3,75) entre enfermeiros e população geral, sendo a média apresentada pelos enfermeiros francamente superior. A diferença de médias do total de Auto-Conceito entre enfermeiros e população geral é de 3,67, apresentado o enfermeiro uma média superior.

QUADRO 11 – Aplicação do ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito) a Enfermeiros.

FACTORES DO ICAC	Média		Desvio Padrão		Diferença Aritmética de médias
	ENF °	PG	ENF°	PG	
FACTOR 1 (F1) Aceitação/Rejeição Social	19,36	15,85	2,60	2,65	3,75
FACTOR 2 (F2) Auto-Eficácia	21,70	22,36	2,32	3,43	-0,66
FACTOR 3 (F3) Maturidade Psicológica	16,66	14,68	1,92	2,24	1,98
FACTOR 4 (F4) Impulsividade/Actividade	12,22	11,56	1,63	1,76	0,66
FACTOR 5 e 6 (F 5/6) Factor Misto	12,48	13,26	1,18	1,87	-0,78
TOTAL ICAC	76,18	72,51	6,51	6,83	3,67

(N = 342)

O Quadro 12 apresenta as classificações gerais de Auto-Conceito do ICAC. Vaz Serra (1986), considera que um AC é “*Muito Pobre*” se estiver abaixo dos 64 de pontuação, o AC é “*Médio/ Bom*” se estiver pontuado entre os 64 e os 80 e considera-se um AC “*Muito Bom*” se estiver pontuado acima de 80. Pode observar-se também, no nosso estudo, a percentagem de enfermeiros que se coloca em cada nível de classificação. O score da escala é no mínimo de vinte (20) e no máximo de cem (100).

QUADRO 12- Distribuição dos enfermeiros segundo a Classificação Geral do Auto-Conceito

PONTUAÇÃO DO AUTO-CONCEITO	CLASSIFICAÇÃO	% ENFERMEIROS
≤ 64	Muito Pobre	2.9
64 — 80	Médio/bom	70.8
≥ 80	Muito Bom	26.3
Total		100.00

Vaz Serra (1986) PG (Pop. Geral)

Podemos considerar que os enfermeiros observados apresentam, na sua grande maioria (70,8 %), um bom auto-conceito; 26,3% apresentam um auto-conceito muito bom e apenas 2,9 % um auto-conceito pobre.

A Tabela 21 apresenta a distribuição do Auto-Conceito (AC) dos enfermeiros (ENF^{os}) e da população geral (PG) nos diversos factores do ICAC, por classes de idades, á semelhança da distribuição feita pelo autor do instrumento (Vaz Serra, 1986). A média geral do AC nos enfermeiros é superior á da PG, como já tínhamos observado.

O que podemos observar na tabela 21 é que, no factor “*aceitação/ rejeição social*” as médias de AC dos enfermeiros são superiores às da PG. No que respeita ao factor “*auto-eficácia*”, as médias de AC dos enfermeiros são ligeiramente inferiores às da PG. A “*maturidade psicológica*” apresenta médias superiores de AC nos enfermeiros. No factor “*impulsividade/ actividade*” também os enfermeiros registam valores de AC ligeiramente superiores á PG. No factor “*misto*”, a PG apresenta médias de AC mais elevadas do que os profissionais de enfermagem.

A diferença de média entre os dois grupos etários, em cada um dos factores, não assume qualquer relevância.

TABELA 21- Médias do AC nos factores do ICAC, por classes de idades, nos Enfermeiros (ENF^{os}) e População Geral (PG)

FACTORES DO ICAC	IDADES	AC - PG	AC - ENF^{os}
FACTOR 1 “Aceitação/ Rejeição social”	20 — 39	15,874	19,394
	40 —59	15,114	19,258
FACTOR 2 “Auto-Eficácia”	20 — 39	22,180	21,609
	40 —59	22,215	21,988
FACTOR 3 “Maturidade Psicológica”	20 — 39	14,484	16,648
	40 —59	14,399	16,682
FACTOR 4 “Impulsividade/ Actividade”	20 — 39	11,821	12,226
	40 —59	10,690	12,200
FACTORES 5 E 6 “Factor Misto”	20 — 39	13,114	12,406
	40 —59	13,054	12,728
AC TOTAL		72,507	76,180

(n=342)

Escala de Auto-Conceito de Competência para Enfermeiros

Nesta escala não são apresentados valores de referência para as médias e desvio padrão, para que possamos estabelecer comparação com os enfermeiros, porque as médias gerais de auto-conceito de competência e das diversas sub-escalas, não foram publicadas pelos autores, tendo estes apenas publicado os resultados do estudo referente às qualidades psicométricas da escala. Por esta razão transformamos a pontuação da escala, no sentido de obter uma classificação do auto-conceito de competência em enfermeiros. O score mínimo da escala é de 31 e o máximo de 155.

Transformação da pontuação da Escala de Auto-Conceito de Competência (ACC) para Enfermeiros:

Para se obter um Score total, com variação de 0 (zero) a 100 (cem) da escala final e das suas dimensões, é necessário fazer o cálculo dos algoritmos da escala total e de cada dimensão. A transformação da escala vai possibilitar que todas as dimensões do Auto-Conceito de Competência variem de 0 a 100 facilitando posteriores comparações com a escala de motivação que irá ser transformada do mesmo modo.

Cálculo do algoritmo para a escala total:

$$\begin{array}{rcl} & \text{MÁXIMO} = 155 & \begin{array}{c|c} K & \\ \hline & \end{array} \rightarrow 124 \\ \text{ACC} \Rightarrow & & \\ & \text{MÍNIMO} = 31 & \begin{array}{c|c} -31 & \\ \hline & \end{array} \rightarrow 0 \end{array}$$

$$\text{ACC} = 100 \times [(\sum 1 \text{ a } 31 \text{ itens} - K) / 124]$$

Cálculo do algoritmo para as sub-escalas:

Exemplo para o factor 1: “Resolução de Problemas” (RP)

$$\begin{array}{rcl} & \text{MÁXIMO} = 35 & \begin{array}{c|c} K & \\ \hline & \end{array} \rightarrow 28 \\ \text{RP} \Rightarrow & & \\ & \text{MÍNIMO} = 7 & \begin{array}{c|c} -7 & \\ \hline & \end{array} \rightarrow 0 \end{array}$$

$$\text{RP} = 100 \times [(i_2+i_8+i_{14}+i_{20}+i_{26}+i_{30}+i_{31}-7) / 28]$$

No Quadro 13 podemos observar o cálculo de algoritmos para toda a escala de ACC.

QUADRO 13- Algoritmos para o cálculo do Score total da Escala de ACC

ITENS DA ESCALA	ALGORITMOS
F1- Resolução de Problemas (RP)	$100 \times [(i_2+i_8+i_{14}+i_{20}+i_{26}+i_{30}+i_{31}-7) / 28]$
F2- Sofisticação ou motivação para aprender (S)	$100 \times [(i_5+i_{11}+i_{17}+i_{23}+i_{28}-5) / 20]$
F3- Prudência (P)	$100 \times [(i_4+i_{10}+i_{16}+i_{22}-4) / 16]$
F4- Cooperação social (C)	$100 \times [(i_1+i_7+i_{13}+i_{19}+i_{25}+i_{29}-6) / 24]$
F5- Assertividade Social (A)	$100 \times [(i_3+i_9+i_{15}+i_{21}+i_{27}-5) / 20]$
F6- Pensamento Divergente (PD)	$100 \times [(i_6+i_{12}+i_{18}+i_{24}-4) / 16]$

Consideramos um “**ACC Baixo**”, quando se situa entre as pontuações de 31 e 72, um “**ACC Médio**” pontuado entre 72 e 113 e um “**ACC elevado**” se as pontuações se situarem acima de 113 até 155. Estas classes de classificação foram obtidas pelo cálculo da Amplitude da Variação (AP), tendo como referência os máximos e mínimos dos Scores obtidos.

Mínimo \Rightarrow 31 Máximo \Rightarrow 155

$$AP = (155 - 31) / n^{\circ} \text{ classes} = 124 / 3 = 41,333 \quad AP = 41,333 \cong 41$$

O Quadro 14 apresenta a classificação do ACC em enfermeiros. A grande maioria dos enfermeiros (67,3%) apresentam ACC elevados, não se tendo registado qualquer valor no nível de baixo ACC. O mínimo valor de ACC apresentado pelos enfermeiros foi de 77 (ACC médio).

QUADRO 14 – Distribuição dos enfermeiros segundo a Classificação Geral do Auto-Conceito de Competência

PONTUAÇÃO DO ACC ENFERMEIROS	%	CLASSIFICAÇÃO
31—72	-	ACC Baixo
72—113	32,7 %	ACC Médio
113—155	67,3 %	ACC Elevado
TOTAL	100,0	

(2002)

No Quadro 15 podemos observar os resultados obtidos da aplicação da Escala de Auto-Conceito de Competência e respectivos factores a Enfermeiros.

A média do Score total de Auto-Conceito de Competência dos Enfermeiros é de 119,09, com um desvio padrão de 13,26, pelo que se pode afirmar que os enfermeiros se situam num nível elevado de auto-conceito de competência. Relativamente ao factor “*Resolução de Problemas*” (RP), os enfermeiros apresentam uma média de 27,43, com um desvio padrão de 3,43. O factor “*Motivação ou Sofisticação para aprender*” (S) apresenta, nos enfermeiros uma média de 19,20, com um desvio padrão de 2,81. O factor “*Prudência*” (P) apresenta nos enfermeiros uma média de 15,03, com um desvio padrão de 2,22. O factor “*Cooperação Social*” (C) apresenta, para os enfermeiros, uma média de 24,99, com um desvio padrão de 2,78. No que se refere á “*Assertividade Social*” (A), a média apresentada pelos enfermeiros é de 19,09, com um desvio padrão de 2,54. O factor “*Pensamento Divergente*” (PD), apresenta nos enfermeiros uma média de 13,34, com um desvio padrão de 2,78.

QUADRO 15 – Aplicação da Escala de Auto-Conceito de Competência a Enfermeiros (EACCE).

FACTORES DA EACCE	Média	Desvio Padrão
FACTOR 1 (RP) Resolução de Problemas	27,43	3,43
FACTOR 2 (S) Sofisticação ou Motivação para Aprender	19,20	2,81
FACTOR 3 (P) Prudência	15,03	2,22
FACTOR 4 (C) Cooperação Social	24,99	2,78
FACTOR 5 (A) Assertividade Social	19,09	2,54
FACTOR 6 (PD) Pensamento Divergente	13,34	2,78
TOTAL DA EACCE	119,09	13,26

(n = 342)

Escala de Motivação para Enfermeiros

Os valores para comparação apresentados, são as médias de referência, decorrentes de estudos de Jesus (1996) sobre Motivação de Professores (PF), estas médias foram calculadas pelo autor, para sete (7) opções de escolha (para as sub-escalas de “*Motivação Intrínseca*” e “*Expectativas de Eficácia*”). Dado que, no nosso estudo, utilizamos uma escala de pontuação de cinco (5) valores, as médias que aparecem no quadro 18, entre parêntesis, foram calculadas a partir das médias de referência do autor, após transformação da escala para cinco (5) pontos de avaliação e são estas que servem de referência ao estudo com enfermeiros.

Transformação da pontuação da Escala de Motivação Profissional para Enfermeiros

O que se pretende, mais uma vez, com a coesão da cotação da escala, é obter um Score total, com variação de 0 (zero) a 100 (cem) da escala final e das suas dimensões, para classificação da motivação no enfermeiro. Pelo que, repetimos as operações que efectuamos para a escala anterior. A transformação da escala vai possibilitar que todas as dimensões da Motivação variem de 0 a 100 facilitando posteriores comparações com a escala de Auto-Conceito de Competência, que também foi transformada e permitindo a classificação total da motivação em enfermeiros.

Nesta escala parte-se de pontuações diferentes nas sub-escalas, para se chegar à uniformidade (de 0 a 100), a sub-escala 1(Factor 1) “*Projecto Profissional*” é pontuada de 0 (zero) a 2 (dois). A sub-escala 2 (Factor 2) “*Motivação Intrínseca*” é pontuada de 1(um) a 5 (cinco), tal como a sub-escala 3 (Factor 3) “*Expectativas de Eficácia*”. As duas últimas sub-escalas, no instrumento original, eram pontuadas de 1 (um) a 7 (sete).

Cálculo do algoritmo para a escala total:

$$\begin{array}{rcll} & & K & \\ & & | & \\ & \text{MÁXIMO} = 50 & & \rightarrow 40 \\ \text{EME} \Rightarrow & & & \\ & \text{MÍNIMO} = 10 & | 10 & \rightarrow 0 \end{array}$$

$$\text{EME} = 100 \times [(\Sigma 1-10 \text{ itens}-K) / 40]$$

Cálculo do algoritmo para as sub-escalas:

Exemplo para o factor 1- “Projecto Profissional” (PP)

$$\begin{array}{rcll} & & K & \\ & & | & \\ & \text{MÁXIMO} = 8 & & \rightarrow 8 \\ \text{PP} \Rightarrow & & & \\ & \text{MÍNIMO} = 0 & | 0 & \rightarrow 0 \end{array}$$

$$\text{PP} = 100 \times [(a+ba+bb+c-K) / 8]$$

No Quadro 16 podemos observar o cálculo de algoritmos para toda a escala de Motivação Profissional.

QUADRO 16- Algoritmos para o cálculo do Score total da Escala de Motivação Profissional

ITENS DA ESCALA	ALGORITMOS
F1- Projecto Profissional (PP)	$100 \times [(a+ba+bb+c) / 8]$
F2- Motivação Intrínseca (MI)	$100 \times [(i1+i2+i3+i4 -4) / 16]$
F3- Expectativas de Eficácia (EF)	$100 \times [(i5+i6+i7+i8+i9+i10 -6) / 24]$

Consideramos uma “*Baixa Motivação Profissional*”, a pontuação do enfermeiro entre 10 e 38, uma “*Motivação Média*”, quando pontuado entre 38 e 66 e uma “*Motivação Elevada*”, quando se coloca entre os valores de 66 e 95. Estas classes de classificação foram obtidas pelo cálculo da amplitude de variação (AP), tendo como referência os máximos e mínimos dos Scores obtidos.

Mínimo⇒ 10,63 Máximo⇒ 94,25

AP= (94,25 – 10,63) / 3 classes = 83,62 / 3 = 27,87 AP =27,87 ≅ 28

O Quadro 17 apresenta a classificação da Motivação em Enfermeiros, após transformação da escala, aplicação algorítmica e cálculo de Scores. A maioria dos enfermeiros (74, 3%) situa-se no nível de motivação elevada (> 66).

QUADRO 17 – Classificação geral da Motivação Profissional nos Enfermeiros.

PONTUAÇÃO DA MOTIVAÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMEIROS	CLASSIFICAÇÃO	% ENF ^o .S
10—38	Motivação Baixa	5,6
38—66	Motivação Média	20,2
66—95	Motivação Elevada	74,3
TOTAL		100,0

(2002)

No Quadro 18 podemos observar os resultados obtidos na aplicação da Escala de Motivação e respectivos factores a Enfermeiros. Os resultados nos factores são confrontados com os resultados dos estudos de Jesus (1996) com professores (PF).

A média total de motivação dos enfermeiros é de 72,02, com um desvio padrão de 14,96, pelo que, podemos afirmar que os enfermeiros têm uma motivação elevada. No que se refere ao factor 1 “*Projecto Profissional*” (PP), os enfermeiros apresentam uma média de 6,628 (PF – 4,413), com um desvio padrão de 2,33 (PF- 1,633). Em relação ao factor “*Motivação Intrínseca*” (MI), os enfermeiros colocam-se numa média de 16,546 (PF – 22,462), com um desvio padrão de 2,62 (PF- 3,711). Quanto às “*Expectativas de Eficácia*” (EF) relativamente á profissão, os enfermeiros apresentam uma média de 21,891 (PF – 29,517), com um desvio padrão de 3,280 (PF- 4,007).

No Quadro 18, podemos observar ainda a diferença aritmética de médias entre enfermeiros e professores. Há uma diferença de médias para o factor “*Expectativas de Eficácia*” (0,81), sendo as expectativas de eficácia mais elevadas nos enfermeiros. No factor “*Projecto Profissional*” observam-se diferenças entre as médias dos dois grupos, sendo os valores apresentados nos enfermeiros superiores aos dos professores. O factor “*Motivação Intrínseca*” apresenta diferenças de médias (3,98) entre os dois grupos (2,22), sendo que, os enfermeiros apresentam uma média superior neste factor.

QUADRO 18 – Aplicação da Escala de Motivação de Enfermeiros (EME)

FACTORES DA EME	Média		Desvio Padrão		Diferença Aritmética de médias
	ENF ^o	PF	ENF ^o	PF	
FACTOR 1 Projecto Profissional (PP)	6,628	4,413	2,33	1,66	2,22
FACTOR 2 Motivação Intrínseca (MI)	16,546	22,462 (12,571)*	2,626	3,711	3,98
FACTOR 3 Expectativas de Eficácia (EF)	21,891	29,517 (21,084)*	3,280	4,007	0,81
TOTAL	72,025		14,968		

(n =342) PF- Estudo com Professores (Jesus, 1996)

*médias corrigidas após transformação da escala, para uma pontuação de cinco (5) valores (pontuação original da escala sete-7- valores).

5.3 - ESTUDO DAS QUALIDADES PSICOMÉTRICAS DAS ESCALAS

Durante os processos de construção ou adaptação de instrumentos de colheita de dados, aos quais se pretende fazer diversas aplicações a amostras, devem ser observados alguns métodos de avaliação do próprio instrumento, no sentido de testar as qualidades de mensuração do constructo em estudo e da sua validade, nomeadamente no caso dos instrumentos de avaliação psicológica.

Almeida e Freire (2000: 137-140) consideram que, “*as questões de validade das medidas psicológicas, podem entender-se como um processo contínuo de apreciação da qualidade da informação, recolhida de acordo com o momento, o grupo e o contexto das próprias investigações*”. Estes procedimentos são defendidos por diversos autores (Cronback, 1990; cit. por Almeida & Freire, 2000; Pestana & Gageiro, 2000; Hill & Hill, 2000), de forma a garantir a sua generalização posterior.

Nos estudos das qualidades psicométricas das escalas abstivemo-nos de apresentar a análise detalhada do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) de Vaz Serra (1986), porque não houve qualquer adaptação deste instrumento para enfermagem, pelo facto de ser uma escala validada para a população geral, da qual fazem parte os enfermeiros. Os estudos foram feitos e merecem-nos algumas referências, para comparação e utilização em estudos posteriores.

5.3.1 - Análise da Correlação dos Itens com o Total da Escala a que pertencem

Este processo é, para Vaz Serra (1986), comparável a um observador externo de determinado jogo, revelando a correlação obtida, o seu interesse pelo desempenho no jogo que os restantes elementos estão a efectuar.

Para Jesus (1996: 194), “ *No processo de elaboração de instrumentos de avaliação psicológica, a análise de correlação entre cada item com o valor total da escala a que pertencem, sem o peso do item em causa...*”, ou seja, ao qual foi extraído, caso a caso, o valor do próprio item, “ *...deve ser sempre efectuada, no sentido de seleccionar os itens que melhor permitem avaliar a variável em estudo*”, o que está de acordo com diversos autores (Golden et al. 1984, cit. por Jesus, 1996; Hill & Hill, 2000; Tuckman, 2000).

No cálculo das correlações item–total assume-se que cada item deve contribuir para avaliar o que se pretende medir, sendo que, cada item mede algo em comum com os outros.

Em abono do maior rigor na selecção dos itens, as correlações entre os itens a seleccionar com o total, devem ser superiores a .3 (Reckase, 1984, cit. por Jesus, 1996).

Os quadros 19 e 20 apresentam, respectivamente, os resultados obtidos na análise de correlação com os itens das escalas para avaliação das variáveis “*Auto-Conceito de Competência*” e “*Motivação*” de enfermeiros.

Escala de Auto-Conceito de Competência:

O Quadro 19 apresenta os resultados obtidos na análise de correlação (r) item- total na escala de auto-conceito de competência no enfermeiro.

Na análise de correlação item-total, observou-se a existência duma correlação elevada entre todos os itens e o total da escala, francamente superior a .3, com excepção do item 18 que apresenta uma correlação item-total de .248. O que significa que, vamos considerar todos os itens da escala, visto que observam o critério de avaliação. O item 18, que apresentou correlações baixas, inferiores ao valor critério .3 será, apesar disso, tido em conta para análises posteriores. Não eliminamos o item, porque consideramos interessante mantê-lo para comparação com outros estudos e ainda porque na correlação item-total com a própria sub-escala em que está inserido (“*Pensamento Divergente*”) apresenta correlação superior a .3 (.349), o que pode ser verificado no quadro 19.1. Em estudos posteriores este item deverá, no entanto, ser reformulado ou mesmo eliminado.

O Quadro 19.1 apresenta a análise de correlação item-total nas sub-escalas do auto-conceito de competência. Como se pode verificar, as correlações dos diversos itens com o total da própria sub-escala onde estão inseridos são, todas elas, superiores a .3, pelo que se consideram todos os itens nas diversas sub-escalas.

QUADRO 19 - Análise da correlação item- total na escala de Auto-Conceito de Competência

Item	r
1	.405
2	.508
3	.345
4	.497
5	.621
6	.507
7	.462
8	.635
9	.573
10	.440
11	.627
12	.582
13	.636
14	.638
15	.558
16	.665
17	.453
18	.248
19	.456
20	.698
21	.600
22	.647
23	.637
24	.302
25	.432
26	.658
27	.511
28	.623
29	.324
30	.610
31	.661

QUADRO 19.1- Análise da correlação item- total (**r**) nas sub-escalas de Auto-Conceito de Competência

RP	r	S	r	P	r	C	r	A	r	PD	r
It. 2	.533	It. 5	.611	It. 4	.464	It. 1	.553	It. 3	.322	It. 6	.388
It. 8	.674	It.11	.564	It.10	.504	It.7	.462	It.9	.478	It.12	.345
It. 14	.611	It.17	.512	It.16	.544	It.13	.490	It.15	.440	It.18	.349
It. 20	.648	It.23	.570	It.22	.516	It.19	.531	It.21	.609	It.24	.416
It. 26	.637	It.28	.546			It.25	.387	It.27	.416		
It. 30	.607					It.29	.418				
It. 31	.686										

RP- Resolução de problemas; S- Sofisticação ou motivação para aprender; P- Prudência; C- Cooperação Social; A- Assertividade Social; PD- Pensamento Divergente; It- Item

Escala de Motivação:

O Quadro 20 apresenta a análise de correlação item-total na escala de motivação no enfermeiro.

Na análise de correlação item-total, observam-se índices elevados de correlação entre todos os itens e o total da escala (superiores a .3), com exceção do 8º item, que apresenta um baixo índice de correlação (.250). Perante o que se observa, vamos manter todos os itens da escala em análises posteriores, mesmo o 8º item, isto porque, noutros estudos (Jesus, 1996), apresenta índices elevados de correlação item-total (.470) neste item, e na análise de correlação item-total na própria sub-escala (quadro 20.1) em que se insere (*“Expectativas de Eficácia”*) apresenta um índice de correlação superior a .3 (.364). No entanto, em estudos posteriores, com enfermeiros, este item deve ser reformulado ou mesmo eliminado.

QUADRO 20- Análise da correlação item- total na escala Motivação

Item	r
A	.546
BA	.461
BB	.499
C	.569
1	.641
2	.685
3	.644
4	.665
5	.483
6	.531
7	.503
8	.250
9	.470
10	.465

O Quadro 20.1 apresenta a análise de correlação item-total nas sub-escalas da motivação. O que se verifica são correlações elevadas dos diversos itens com o total da própria sub-escala onde estão inseridos, todos eles superiores a .3, pelo que se consideram todos os itens nas diversas sub-escalas.

QUADRO 20.1- Análise da correlação item- total (*r*) nas sub-escalas de Motivação

PP	r	MI	r	EF	r
It. A	.913	It. 1	.712	It.5	.557
It. BA	.726	It. 2	.749	It.6	.577
It. BB	.827	It. 3	.736	It.7	.621
It. C	.814	It. 4	.679	It.8	.364
				It.9	.533
				It.10	.523

PP- Projecto Profissional; MI- Motivação Intrínseca; EF- Expectativas de Eficácia; It-Item.

Inventário clínico de Auto- Conceito (ICAC):

No ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito) o estudo da correlação Item- total, tem por objectivo único fornecer alguns resultados mais relevantes, para comparação com outros estudos ou utilização em estudos posteriores, visto que esta escala não foi adaptada para enfermeiros, mas sim aplicada na sua forma original, para a população geral. Por tal facto não apresentaremos quadros de resultados.

Na análise de correlação item-total no ICAC, observam-se, índices de correlação elevados ($> .3$), em treze dos itens do conjunto total de vinte que a escala apresenta. Os restantes itens: 4 (.264), 6 (.276), 13 (.286), apresentam índices de correlação pouco aceitáveis, o item 18 (.009) índices de correlação inaceitáveis e itens com índices de correlação negativa pouco aceitáveis, que são os itens 3 (-.229) e 12(-.119). Estes itens distribuem-se pelas diversas sub-escalas. A análise de correlação item-total nos diversos factores do ICAC, oscilou entre .183 para os factores 5 e 6 e .554 para o factor 4, apresentando os restantes factores boas correlações item-total ($> .3$), de .495 para o factor 3, de .457 para o factor 2 e de .434 para o factor 1.

5.3.2 - Análise da Estrutura Factorial das Escalas

A análise factorial dos itens e dos resultados é um dos métodos utilizados para apreciação da validade do conceito ou constructo. Aprecia fundamentalmente a dimensionalidade dos instrumentos utilizados. É um instrumento que possibilita

organizar a maneira como os sujeitos interpretam as coisas (Pestana & Gageiro, 2000). Dos procedimentos analíticos um dos mais empregues. Segundo Almeida e Freire (2000: 194) *“Permite-nos saber quantos e quais factores o instrumento está a avaliar, assim como nos permite identificar que itens formam cada um dos factores avaliados e,....., que itens melhor avaliam os traços ou dimensões em avaliação”*.

Segundo os autores supracitados, a carga factorial (saturação) de um item no factor traduz em que medida esse item representa comportamentalmente um dado traço latente (validade), ou seja, a percentagem de covariância existente entre esse item e o respectivo factor. As cargas factoriais podem variar de -1.00 e $+1.00$, significando $.00$ ausência total de relação entre o item e o factor, a proximidade de 1 a identidade quase total. As cargas factoriais podem ser positivas ou negativas, o que sugere apenas a aproximação do item ao polo negativo ou positivo do factor, o que, para Almeida e Freire (2000), tem menor relevância do que a magnitude para apreciar a aproximação entre item e factor.

Partimos das intercorrelações entre os itens numa escala, para se identificarem as componentes gerais e/ou diferenciadas que possam explicar a variância comum neles encontrada. No nosso estudo o que se pretende é confrontar os factores previamente estabelecidos nas escalas originais, com o contexto de enfermagem e perceber os itens que melhor avaliam os constructos hipotéticos em estudo, no sentido da explicação dos resultados obtidos, com a finalidade da validação dos instrumentos da avaliação psicológica, o que está de acordo com Messick (1981) e Gronlund (1998), cit. por Jesus (2000).

Em Educação e Psicologia, *“Não existe um valor fixo, tido como mínimo, na apreciação das cargas factoriais.(...). Mesmo assim, costuma-se apontar a necessidade desse valor não ser inferior a .30. Valores superiores a .50 são necessários, podendo inclusivé optar-se por apenas se tomarem estes numa lógica de não alongar demasiado o número de itens e o tempo de aplicação da prova”* (Almeida & Freire, 2000: 194). Considera-se uma amostra suficientemente grande quando o número de sujeitos é cinco vezes maior do que o número de itens da cada medida em análise (Pestana & Gageiro, 2000), sendo o objectivo da análise encontrar factores subjacentes num grupo de variáveis, de forma a garantir que numa segunda análise se mantenham os mesmos factores. O que é o nosso caso, quer na medida de auto-conceito de competência ($n=342$), quer na medida de motivação ($n=342$), permitindo-nos generalizar os resultados obtidos com maior certeza (Jesus, 1996).

O programa utilizado foi o SPSS 10.0 (1999), segundo um método de extracção de factores designado por componentes principais, que é utilizado por defeito no SPSS, pelo critério de Kaiser, um número de factores igual ao número de valores próprios (*eigenvalues*) maiores do que um. O método de rotação escolhido é o de rotação ortogonal - Varimax, que minimiza o número de variáveis com elevados *loadings* (coeficientes ou pesos) num factor, considerando-se significativos, os *loadings* maiores ou iguais a 0,5, responsáveis pelo menos por 25% da variância (Pestana & Gageiro, 2000).

A variância das componente designa-se por valores próprios (*eigenvalues*) ou por raízes características, cujo tamanho descreve a dispersão dos dados (Pestana & Gageiro, 2000).

A rotação dos factores tem como principal objectivo maximizar as saturações dos itens nos respectivos factores (Bryman & Cramer, 1993, cit. por Almeida & Freire, 2000). A rotação varimax é um método de rotação ortogonal, dos mais utilizados, em que se obtém factores independentes entre si, ou factores não correlacionados entre si ou ortogonais, os quais são interpretados a partir dos seus *loadings*. (Pestana & Gageiro, 2000; Almeida & Freire, 2000; Hill & Hill, 2000).

O coeficiente de comunalidade (h^2), em análise factorial, descreve a covariância do item com os factores isolados, ou seja, em que medida cada item tem a ver com os factores isolados (Almeida & Freire, 2000; Hill & Hill, 2000), representando a decomposição da variância das variáveis observáveis na parte que é devida aos factores comuns. Para Pestana e Gageiro (2000: 391), “o seu valor indica a quantidade de variância de uma variável que é partilhada pelo menos com outra variável do conjunto. O complemento aritmético representa a proporção de variância única da variável, ou parte não explicada pelos factores comuns”.

Para estes autores, os *loadings* elevados indicam o factor a que cada variável se associa, sendo que, os intermédios indicam que a variável se associa a mais de um factor, levantando problemas de interpretação. Como já referimos, consideramos significativos os *loadings* maiores ou iguais a 0.5, por serem pelo menos responsáveis por 25% da variância, o que está de acordo com diversos autores (Pestana & Gageiro, 2000; Almeida & Freire, 2000; Hill & Hill, 2000).

O modelo de análise factorial estima os factores *loadings* e as variâncias, de modo a que as covariâncias ou as correlações previstas pelo modelo estejam tão perto quanto possível dos valores observados (Pestana & Gageiro, 2000).

Segundo diversos autores (Pestana & Gageiro, 2000; Hill & Hill, 2000), para avançar para análises factoriais é necessário executar o teste de esfericidade de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e Bartlett's, no sentido de classificar a análise factorial, por forma a prosseguir ou não com o procedimento. Os critérios classificativos de referência de Kaiser são fornecidos por Pestana e Gageiro (2000), com a seguinte correspondência que se observa no Quadro 21:

QUADRO 21-Valores de Classificação da análise factorial pelo teste de Bartlett's (critério)

KMO	ANÁLISE FACTORIAL
1 — 0,9	Muito boa
0,8 — 0,9	Boa
0,7 — 0,8	Média
0,6 — 0,7	Razoável
0,5 — 0,6	Má
< 0,5	Inaceitável

KMO (Kaiser-Meyer-Olkin)
Pestana e Gageiro (2000: 397)

Os Quadros 22 e 23 apresentam a análise factorial dos instrumentos adaptados para enfermeiros, respectivamente, o instrumento de avaliação de auto-conceito de competência e o instrumento de avaliação da motivação. Avançamos para análise factorial de ambos os instrumentos após confirmação da qualidade da mesma, através do teste de esfericidade de Bartlett's. O instrumento para avaliação do auto-conceito de competência em enfermeiros obteve uma classificação de “*Análise factorial Muito Boa*” (KMO=0,936; p=0,000). O instrumento para avaliação da motivação profissional em enfermeiros obteve uma classificação de “*Análise factorial Boa*” (KMO=0,847; p=0,000).

Escala de Auto-Conceito de Competência:

A análise factorial da versão para enfermeiros da escala de auto-conceito de competência (vidé Quadro 22), após rotação varimax, revelou uma estrutura de factores mistos, isto é, as sub-escalas são saturadas por itens de outras dimensões. Os seis factores extraídos explicam, no seu conjunto, 56,6% da variância total para os enfermeiros, sendo que, o primeiro factor, com saturações superiores a .50 (Santos & Silva, 1989; Tinsley & Tinsley, 1987; cit. por Jesus, 1996; Pestana & Gageiro, 2000;

Almeida & Freire, 2000), explica por si só 34,7% da variância total dos resultados obtidos na avaliação do auto-conceito de competência.

O Factor 1, que representa a dimensão cognitiva do auto-conceito de competência, apresenta uma saturação de itens das sub-escalas de “*Sofisticação ou motivação para aprender*”(S), “*Assertividade social*”(A) e “*Pensamento Divergente*” (PD), dimensões cognitiva, social e de criatividade, com predominância dos itens da própria sub-escala, pelo que se deve manter o nome da sub-escala “*Resolução de Problemas*”. O Factor 2 apresenta-se misto, com saturação predominante dos itens da própria sub-escala “*Sofisticação ou motivação para aprender*”(S), dimensão cognitiva do auto-conceito de competência, e saturado por um item da sub-escala de “*Pensamento Divergente*”(PD) e dois itens da sub-escala de “*Resolução de Problemas*”(RP), dimensões da criatividade e cognitiva do auto-conceito de competência. Este factor mantém predominância de itens da dimensão cognitiva do auto-conceito, pelo que se deve manter a nomenclatura. O Factor 3, “*Prudência*” (P), apresenta uma mistura de itens das sub-escalas de “*Cooperação social*” (C)-3 itens, “*Assertividade social*” (A)-2 itens e “*Resolução de Problemas*”(RP), não sendo saturado por qualquer item da própria sub-escala original, pelo que deve ser alterada a designação para “*Assertividade e Interação social*”, visto que os itens que o integram da dimensão cooperação são, essencialmente, indicadores de interação social. O Factor 4 é predominantemente saturado por itens da própria sub-escala original “*Cooperação social*” (C), apresentando uma mistura de um item da sub-escala de “*Prudência*” (P), pelo que se deve manter o nome original. O Factor 5 apresenta uma mistura de itens, com predominância dos itens da sub-escala de “*Prudência*” (P)- 2itens, um item da sub-escala de “*Resolução de Problemas*”(RP) e um item da própria sub-escala original “*Assertividade social*”(A), pelo que se deve reconsiderar a nomenclatura e passar a chamar “*Prudência socioprofissional*”, isto porque os itens que o saturam são, para o contexto específico da profissão de enfermagem, na relação com o utente, indicadores de prudência. O Factor 6 é predominantemente saturado por itens da própria sub-escala original “*Pensamento Divergente*”(PD), dimensão criativa do auto-conceito de competência e por um item de “*Assertividade social*” (A) - “*tenho sentido de humor*”, que também pode ser considerado indicador de criatividade, pelo que se deve manter a nomenclatura.

QUADRO 22- Análise factorial do instrumento para avaliação do auto-conceito de competência, após rotação *Varimax*, comunalidades (hi^2) e raízes da solução

Escala	Factores	Comunalidades
Itens	F1	hi^2
8- Compreendo as coisas facilmente. (RP)	.703	.635
11-Tenho bons conhecimentos gerais. (S)	.652	.585
22-Tenho um conhecimento detalhado das coisas. (P)	.623	.567
9-Tenho iniciativa própria. (A)	.619	.520
2-Diagnostico facilmente os problemas e capacidades dos utentes. (RP)	.619	.562
6-Sou habilidoso(a) no que faço. (PD)	.599	.565
23-Mantenho-me actualizado(a) quanto aos conhecimentos correntes.(S)	.520	.523
14-Aprendo coisas novas com facilidade. (RP)	.516	.554
Raízes	10,770	5,240
% da variância total	34,742	16,904
Itens	F2	hi^2
12-Tenho imaginação criativa. (PD)	.404	.537
31-Sou capaz de integrar coisas distintas. (RP)	.455	.596
17-Leio muito. (S)	.681	.536
5-Interesso-me por assuntos que exigem reflexão.(S)	.639	.593
28-Sou ávido(a), desejoso(a) por aprender. (S)	.564	.582
30-Consigo analisar os assuntos de vários pontos de vista. (RP)	.441	.534
Raízes	1,787	2,943
% da variância total	5,763	9,492
Itens	F3	hi^2
15-Travo novos conhecimentos facilmente. (A)	.620	.576
21-Sou uma pessoa com vivacidade. (A)	.616	.637
25-Sou empático(a). (C)	.585	.484
19-Sou uma pessoa amigável. (C)	.544	.607
20-Consigo aplicar os conhecimentos na prática. (RP)	.505	.629
13-Sinto-me preparado(a) para ajudar os outros. (C)	.481	.575
Raízes	1,649	2,910
% da variância total	5,321	9,386
Itens	F4	hi^2
1-Tenho em consideração os outros. (C)	.774	.648
29-Não desvalorizo os outros. (C)	.656	.518
7-Sou capaz de escutar os outros. (C)	.574	.515
4-Sou preciso(a) nas minhas actividades. (P)	.467	.518
Raízes	1,170	2,641
% da variância total	3,774	8,520
Itens	F5	hi^2
3-Arrisco-me a fazer valer a minha opinião. (A)	.718	.582
10-Faço planos detalhados antes de agir. (P)	.531	.481
26-Resolvo problemas rapidamente. (RP)	.411	.603
16-Analiso os problemas com profundidade. (P)	.349	.546
Raízes	1,093	1,936
% da variância total	3,525	6,246
Itens	F6	hi^2
18-Sou uma pessoa com aptidões musicais. (PD)	.754	.621
24-Sou bom(boa) em desportos. (PD)	.718	.565
27-Tenho sentido de humor. (A)	.517	.553
Raízes	1,079	1,878
% da variância total	3,482	6,060

Assim, a análise factorial da escala de auto-conceito de competência revelou uma nova organização do instrumento, para o contexto de enfermagem, sendo o resultado da reorganização o que se pode observar no Quadro 22.1.

QUADRO 22.1- Apresentação da reorganização da escala de auto-conceito de competência para enfermeiros

ESCALA DE AUTO-CONCEITO DE COMPETÊNCIA PARA ENFERMEIROS
ITENS / FACTORES
<p>FACTOR 1 - “Resolução de Problemas” (RP)</p> <p>8- Compreendo as coisas facilmente. 11-Tenho bons conhecimentos gerais. 22-Tenho um conhecimento detalhado das coisas. 9-Tenho iniciativa própria. 2-Diagnostico facilmente os problemas e capacidades dos utentes. 6-Sou habilidoso(a) no que faço. 23-Mantenho-me actualizado(a) quanto aos conhecimentos correntes. 14-Aprendo coisas novas com facilidade.</p>
<p>FACTOR 2 - “Sofisticação ou Motivação para aprender” (S)</p> <p>12-Tenho imaginação criativa. 31-Sou capaz de integrar coisas distintas. 17-Leio muito. 5-Interesso-me por assuntos que exigem reflexão. 28-Sou ávido(a), desejoso(a) por aprender. 30-Consigo analisar os assuntos de vários pontos de vista.</p>
<p>FACTOR 3 - “Assertividade e Interacção Social” (AI)</p> <p>15-Travo novos conhecimentos facilmente. 21-Sou uma pessoa com vivacidade. 25-Sou empático(a). 19-Sou uma pessoa amigável. 20-Consigo aplicar os conhecimentos na prática. 13-Sinto-me preparado(a) para ajudar os outros.</p>
<p>FACTOR 4 - “Cooperação Social” (C)</p> <p>1-Tenho em consideração os outros. 29-Não desvalorizo os outros. 7-Sou capaz de escutar os outros. 4-Sou preciso(a) nas minhas actividades.</p>
<p>FACTOR 5 - “Prudência Socioprofissional” (PSP)</p> <p>3-Arrisco-me a fazer valer a minha opinião. 10-Faço planos detalhados antes de agir. 26-Resolvo problemas rapidamente. 16-Analiso os problemas com profundidade.</p>
<p>FACTOR 6 - “Pensamento Divergente” (PD)</p> <p>18-Sou uma pessoa com aptidões musicais. 24-Sou bom(boa) em desportos. 27-Tenho sentido de humor.</p>

Escala de Motivação:

A análise factorial da versão para enfermeiros da escala de motivação (vidé Quadro 23), após rotação varimax, revelou uma estrutura idêntica á original, sem alteração dos factores. Os três factores extraídos explicam 65,256% da variância total para os enfermeiros. O primeiro factor, com saturações substancialmente superiores a .5, explica, por si só, 38,812% da variância total dos resultados obtidos na avaliação da

motivação em enfermeiros, com o segundo factor a explicar 18,492% e o terceiro factor a explicar 7,953% dos mesmos resultados. O Factor 1 representa o “*Projecto Profissional*”(PP), a dimensão das metas/objectivos profissionais na motivação do enfermeiro, apresenta um conjunto de itens que saturam de forma predominante na própria sub-escala e na totalidade dos resultados, com saturações muito elevadas. O Factor 2 “*motivação Intrínseca*”, que representa uma dimensão cognitiva e emocional da motivação, apresenta, á semelhança do anterior, resultados idênticos, distinguindo-se um agrupamento de itens, que correspondem aos da escala original, que saturam de forma saliente na própria sub-escala e nos resultados totais. O Factor 3 “*expectativas de eficácia*”, representativo da dimensão cognitivo-comportamental da motivação, assume igualmente valores elevados de saturação no próprio factor, tendo um peso ligeiramente inferior nos resultados totais, embora com saturações bastante elevadas.

QUADRO 23 - Análise factorial do instrumento para avaliação da motivação, após rotação *Varimax*, comunalidades (hi^2) e raízes da solução

Escala	Factores	Comunalidades
Itens(PP)	F1	hi^2
A- Objectivos profissionais.	.926	.903
BA- Que profissão gostaria de exercer neste momento.	.841	.723
BB- Que profissão gostaria de exercer daqui a cinco anos.	.877	.811
C-Indique o grau em que deseja continuar a exercer a profissão.	.847	.799
Raízes	5,434	3,360
% da variância total	38,812	23,998
Itens	F2	hi^2
1-Ser enfermeiro(a) proporciona-me um sentimento de realização.	.745	.711
2-Sinto uma grande satisfação pessoal quando estou a trabalhar.	.776	.726
3-Ser enfermeiro(a) aumenta os meus sentimentos de auto-estima.	.820	.745
4-Ser enfermeiro(a) contribui para o meu desenvolvimento pessoal.	.716	.653
Raízes	2,589	2,931
% da variância total	18,492	20,937
Itens	F3	hi^2
5-Quando um utente obtém uma melhoria mais acentuada do que era esperável, normalmente é porque encontro melhores estratégias de intervenção.	.609	.504
6-Quando realmente tento, consigo ter êxito, mesmo com os utentes mais difíceis.	.631	.532
7-O êxito no tratamento dos utentes, normalmente deve-se aos processos que encontro para cuidá-los melhor.	.705	.575
8-Se um utente ao meu cuidado desenvolve rapidamente capacidades diminuídas ou afectadas, pode ser devido aos meus conhecimentos e métodos de trabalho.	.641	.428
9-Se um utente não consegue apreender uma indicação/instrução fornecida em determinado momento, sei como fazer para que possa captá-la de forma mais eficaz na próxima interacção.	.690	.512
10-Se um utente não consegue satisfazer determinada necessidade, eu sou capaz de avaliar até que ponto a incapacidade em questão ultrapassa as suas possibilidades.	.690	.512
Raízes	1,113	2,845
% da variância total	7,953	20,321

Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC):

Quanto á análise factorial do ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito) de Vaz Serra (1986), pelas razões anteriormente referidas, vamo-nos abster de apresentar no nosso estudo todos os resultados, referindo apenas aqueles que consideramos importantes, para comparação com o estudo original e para utilização em estudos posteriores.

O teste de Bartlett's apresentou no ICAC uma classificação de "*Análise factorial Boa*" ($KMO=0,849$; $p=0,000$), pelo que avançamos com o procedimento. A análise factorial para o ICAC, aplicado a enfermeiros, revelou uma estrutura ligeiramente diferente da original, com os itens dos diversos factores a saturarem de forma mista e saliente em todas as sub-escalas. Todos os factores tem saturações que variam entre .39 e .50. Os seis factores extraídos explicam 58,563% da variância total dos resultados em enfermeiros, sendo 24,923% da variância total explicada pelo primeiro factor e 10,239% pelo segundo.

O factor 1 "*aceitação/ rejeição social*" é essencialmente saturado por itens do factor 2 "*auto-eficácia*". O factor 2 é predominantemente saturado por itens do factor 1, o que significa que, a interpretação dos enfermeiros dos factores "*aceitação / rejeição social*" e "*auto-eficácia*" é de que, não são dissociáveis no contexto da relação profissional enfermeiro /utente. O factor 3 "*maturidade psicológica*", está saturado por itens dos factores 1 ("*aceitação/ rejeição social*") e 4 ("*impulsividade /actividade*"). Os enfermeiros interpretam a maturidade psicológica como um equilíbrio entre aceitação/ rejeição social e impulsividade/ actividade. O factor 4 "*impulsividade/ actividade*" é saturado por itens dos factores 2 "*auto-eficácia*" e do factor 3 ("*maturidade psicológica*"), com predominância deste último. A impulsividade/ actividade é interpretada, no contexto de enfermagem, através da eficácia do desempenho junto do utente, mediada pela maturidade psicológica do profissional. O factor 5 é um factor misto, á semelhança dos estudos de Vaz Serra (1986), saturado por uma mistura de itens dos factores "*aceitação/ rejeição social*" e "*auto-eficácia*". O factor 6 é também um factor misto, saturado predominantemente por itens do factor "*auto-eficácia*".

5.3.3 - Análise da Consistência Interna das Escalas

A análise da consistência interna dum instrumento avalia o grau de conformidade e de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem

a escala (Almeida & Freire, 2000). Para avaliar a consistência interna duma escala do tipo *Likert*, como é o caso no nosso estudo, o procedimento estatístico mais utilizado é o *Alpha*. No caso de escalas ordinais, o *Alpha* de Cronbach. O seu cálculo procura avaliar, em que grau a variância geral dos resultados na escala se associa ao somatório da variância item a item. Varia entre zero (0) e um (1), considerando-se como indicador de boa consistência interna geralmente um coeficiente superior a 0,7 para grande parte dos autores (Almeida & Freire, 2000; Pestana & Gageiro, 2000; Hill & Hill, 2000), outros autores consideram que o coeficiente só é baixo se for inferior a 0,6 (Pettegrew & Wolf, 1982; cit. por Jesus, 1996), sendo que na sua maioria os autores defendem que, a grandeza do coeficiente depende do número de itens em presença. Para Garret (1962: 199-200), “a ponderação deve tomar em consideração a natureza do teste, o seu tamanho, a variabilidade do grupo e o próprio objectivo do teste” (cit. por Almeida & Freire, 2000: 160).

No Quadro 24 podem ser observados os coeficientes de *alpha* de Cronbach das escalas de auto-conceito de competência, motivação e ICAC. Os Quadros 24.1 e 24.2 apresentam os valores de *alpha* de Cronbach nas sub-escalas das escalas de auto-conceito de competência e motivação, respectivamente.

Os valores do coeficiente de *alpha* para a escala de auto-conceito de competência, situaram-se entre .919 e .928, sendo o coeficiente total de *alpha* na escala de .923. Todas as medidas apresentam valores de *alpha* francamente superiores a .9 para o conjunto de sujeitos na amostra, o que é indicador de boa consistência interna. A consistência interna da escala, através do *alpha* de Cronbach, parece ter sido completamente confirmada, sendo a dimensão cognitiva do auto-conceito de competência, predominante nos enfermeiros, seguida da dimensão social. Com atribuições pouco aceitáveis no âmbito da criatividade, aparentemente os enfermeiros consideram a criatividade uma dimensão cognitivo-social do auto-conceito de competência.

Os valores de *alpha* na escala de motivação situam-se entre .875 e .848, sendo o coeficiente *alpha* total da escala de .865, verificando-se assim, uma boa consistência interna da escala.

Parece verificar-se uma inequívoca confirmação da escala de motivação para enfermeiros, através do procedimento *alpha* de Cronbach, apesar do reduzido número de itens das duas primeiras sub-escalas (4). Também nesta escala, à semelhança da anterior, a dimensão cognitiva é a mais consistente nos enfermeiros.

Na análise de consistência interna ao ICAC (Inventário Clínico de Auto-Conceito), à semelhança da posição que temos vindo a adoptar, vamos apenas fornecer alguns

resultados, para confrontação com outros estudos e possível utilização em estudos posteriores. Os valores de *alpha* de Cronbach nos diversos itens do ICAC, situaram-se entre .700 e .778, sendo o coeficiente alpha total da escala .730, o que significa que a escala apresenta uma boa consistência interna. No entanto nas diversas sub-escalas, os valores de alpha oscilam entre .558 e .686, sendo o valor total de alpha nas sub-escalas de .660, o que se revela pouco satisfatório, apesar do número reduzido de itens em cada sub-escala.

QUADRO 24 - Coeficientes *Alpha* Cronbach obtidos nas escalas de auto-conceito de competência, escala de motivação e ICAC.

Medidas	Alpha Cronbach
Escala de auto-conceito de competência	.923
Escala de motivação	.865
ICAC	.730

O Quadro 24.1 apresenta os valores do coeficiente *alpha* nas seis sub-escalas do auto-conceito de competência. A sub-escala mais consistente é a de “*Resolução de Problemas*” (.860), que representa uma dimensão cognitiva do auto-conceito de competência e a menos consistente a de “*Pensamento Divergente*” (.574), relacionada com os aspectos da criatividade, apresentando esta última valores de alpha pouco aceitáveis o que também pode ser atribuído ao reduzido número de itens (4). As sub-escalas de “*Sofisticação ou motivação para aprender*” (.776) e de “*Prudência*” (.717), representam também uma dimensão cognitiva do auto-conceito de competência e apresentam uma boa consistência interna nos enfermeiros. As sub-escalas de “*Cooperação social*” (.731) e de “*Assertividade social*” (.694), que representam dimensões sociais do auto-conceito, também apresentam boa consistência interna.

QUADRO 24.1- Coeficientes *alpha* Cronbach obtidos nas sub-escalas de Auto-Conceito de Competência

Sub-escalas	Nº Itens	Alpha
Resolução de Problemas (RP)	7	.860
Sofisticação ou motivação para aprender (S)	5	.776
Prudência (P)	4	.717
Cooperação Social (C)	6	.731
Assertividade Social (A)	5	.694
Pensamento Divergente (PD)	4	.574

O Quadro 24.2 apresenta os valores de *alpha* nas três sub-escalas de motivação, sendo o “*Projecto Profissional*” a sub-escala que apresenta o maior coeficiente de consistência interna (.915), representando os objectivos profissionais, o valor das metas nos enfermeiros, uma dimensão cognitiva da motivação. A sub-escala “*Motivação Intrínseca*”, relacionada com os processos de motivação interna, dimensão cognitivo-comportamental do processo motivacional, apresenta igualmente valores elevados de *alpha* (.867), indicadores de boa consistência interna. Finalmente, a sub-escala de “*Expectativas de Eficácia*”, dimensão comportamental dos processos motivacionais, que têm a ver com o nível de expectativas face aos resultados esperados pelo enfermeiro em determinada intervenção, evidencia um coeficiente de *alpha* indicador de boa consistência interna (.773).

QUADRO 24.2- Coeficientes Alpha Cronbach obtidos nas sub-escalas de motivação

Sub-escalas	Nº Itens	Alpha
Projecto Profissional (PP)	4	.915
Motivação Intrínseca (MI)	4	.867
Expectativas de Eficácia (EF)	6	.773

5.4 - ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIO-DEMOGRÁFICAS SOBRE AS VARIÁVEIS COGNITIVO-MOTIVACIONAIS

Para além do estudo descritivo das variáveis socio-demográficas, apresentado no início deste capítulo, procurámos analisar a influência destas variáveis nas variáveis cognitivo-motivacionais, através de equações de regressão linear simples.

Para as medidas de auto-conceito de competência (ACC), o que verificamos, como se pode observar no quadro 25, foi que, a maioria das variáveis de diferenciação individual não influencia as variáveis de auto-conceito de competência, o que se comprova pelos baixos valores de relação e se pode afirmar com 95% de confiança. Excepção feita relativamente à variável “*categoria profissional*” cuja relação de influência sobre as variáveis do auto-conceito de competência se prevê, estatisticamente significativa (na influência da categoria profissional nas dimensões “*sofisticação na aprendizagem*”, “*cooperação social*” e “*assertividade social*”) e estatisticamente muito significativa (na influência da categoria profissional nas dimensões “*resolução de problemas*” e “*prudência*”). Sendo a relação desta variável com o total da escala de auto-conceito de competência estatisticamente significativa. A variável “*idade*”

apresenta uma relação de influência negativa, significativa, com as dimensões “*cooperação social*” e “*pensamento divergente*”, o que significa que a capacidade de cooperação aumenta na mesma proporção que a idade diminui e vice-versa, do mesmo modo que o pensamento divergente aumenta na mesma proporção em que diminui a idade, sendo o oposto também verdade. A variável “*sexo*” influencia de forma significativa a dimensão “*cooperação social*”. Na generalidade podemos afirmar que, apenas se prevê uma relação positiva, significativa estatisticamente, da variável “*categoria profissional*” sobre as variáveis do auto-conceito de competência.

QUADRO 25- Coeficientes beta estandardizados obtidos nas equações de regressão linear simples efectuadas entre as variáveis demográficas e as medidas de ACC.

Medidas de ACC \ Variáveis sócio-demográficas	Idade	Sexo	Instituição onde trabalha	Categoria profissional	Tempo de serviço na carreira
F1-Resolução de Problemas (RP)	-.061	.022	-.037	.207**	-.026
F2-Sofisticação na aprendizagem (S)	-.116	-.006	-.037	.187*	.013
F3- Prudência (P)	.013	.050	-.012	.213**	-.029
F4- Cooperação social (C)	-.282*	.125*	.108	.152*	.085
F5- Assertividade social (A)	-.114	.020	-.024	.167*	-.004
F6- Pensamento Divergente (PD)	-.279*	-.056	.095	-.017	.205
TOTAL ACC	-.178	.031	.018	.189 *	.051

* p<.05; ** p<.01

No Quadro 26 podemos observar a influência das variáveis socio-demográficas sobre as variáveis motivacionais. O que verificamos é que a única relação de influência que se prevê, significativa, é a da variável “*categoria profissional*” sobre a dimensão da motivação “*expectativas de eficácia*”, isto é, quanto maior a categoria profissional, maiores expectativas de eficácia tem o enfermeiro. A categoria profissional influencia, de igual forma, significativamente, o total da escala de motivação. Poderemos então afirmar que a única variável socio-demográfica que tem influência, positiva e estatisticamente significativa, sobre o total de motivação dos enfermeiros é a “*categoria profissional*”, o que se pode prever com 95% de confiança.

QUADRO 26- Coeficientes Beta estandardizados obtidos nas equações de regressão linear simples efectuadas entre as variáveis demográficas e as medidas de Motivação.

Variáveis sócio-demográficas	Idade	Sexo	Instituição onde trabalha	Categoria profissional	Tempo de serviço na carreira
Medidas de motivação					
F1-Projecto Profissional (PP)	.158	.091	.038	.116	-.259
F2-Motivação Intrínseca (MI)	.027	.102	.021	.090	-.041
F3- Expectativas de Eficácia (EF)	.125	-.023	.061	.178*	-.052
TOTAL MOTIVAÇÃO	.144	.091	.048	.153*	-.196

* p<.05

A influência das variáveis socio-demográficas sobre as medidas de auto-conceito (AC) geral é apresentadas no quadro 27. O que verificamos é que, duma maneira geral, nenhuma variável influencia o auto-conceito total dos enfermeiros. Havendo uma relação de influência positiva, estatisticamente significativa, da variável “*sexo*” sobre a dimensão “*aceitação/ rejeição social*” do auto-conceito e da variável “*categoria profissional*” sobre a dimensão “*maturidade psicológica*”, o que significa que o sexo influencia a dimensão auto-aceitação/rejeição social e quanto maior é a categoria profissional, mais influência tem na maturidade psicológica. O que não é suficiente para influenciar o total de auto-conceito dos enfermeiros, não se registando assim nenhuma relação com significado estatístico, o que se pode afirmar com 95% de confiança.

QUADRO 27- Coeficientes beta estandardizados obtidos nas equações de regressão linear simples efectuadas entre as variáveis demográficas e as medidas de ICAC.

Variáveis sócio-demográficas	Idade	Sexo	Instituição onde trabalha	Categoria profissional	Tempo de serviço na carreira
Medidas de ICAC					
F1- Aceitação/ Rejeição social	.004	.115*	.016	.072	-.058
F2-Auto-Eficácia	.071	.046	.023	.099	-.014
F3- Maturidade Psicológica	-.076	.073	-.073	.194*	.004
F4- Impulsividade/ Actividade	-.005	.086	-.035	.091	-.065
F5 e F6- Factor Misto	-.064	-.053	-.050	-.062	.155
TOTAL AC	-.009	.096	-.025	.133	-.015

* p<.05

5.5 - MATRIZ DE CORRELAÇÕES DAS ESCALAS

Fomos analisar as correlações entre os resultados obtidos nas diversas variáveis cognitivo-motivacionais, no sentido de aprofundar o conhecimento das variáveis em estudo. O Quadro 28 apresenta os valores de correlação entre as duas escalas de auto-conceito utilizadas, auto-conceito geral (ICAC) e auto-conceito de competência (ACC), nos seus diversos factores e nos totais dos resultados. O que podemos observar é que, os

resultados totais das escalas se correlacionam entre si de forma altamente significativa, sob o ponto de vista estatístico (.725***). Do mesmo modo que os factores de ambas as escalas se correlacionam entre si fortemente, com elevado significado estatístico, com excepção do factor misto (F4+ F5) do ICAC, que não apresenta qualquer correlação significativa com o factor 4 (cooperação social) da escala de ACC.

QUADRO 28- Matriz de correlações entre os factores (F) das escalas de Auto-Conceito (AC) Geral (ICAC) e Auto-Conceito de Competência (ACC) e os scores totais das próprias escalas.

ICAC \ ACC	F1- Aceitação / rejeição social	F2- Auto-Eficácia	F3- Maturidade Psicológica	F4- Impulsividade/ actividade	F 5+6- Factor misto	Score Total de AC
F1- Resolução de Problemas (RP)	.372***	.502***	.535***	.501***	.242***	.656***
F2- Sofisticação ou motivação na aprendizagem (S)	.336***	.430***	.456***	.413***	.249***	.572***
F3- Prudência (P)	.405***	.447***	.475***	.474***	.206***	.619***
F4- Cooperação social (C)	.539***	.301***	.488***	.372***	.104	.580***
F5- Assertividade social (A)	.491***	.445***	.442***	.527***	.211***	.657***
F6- Pensamento Divergente (PD)	.329***	.279***	.230***	.251***	.162**	.392***
Score Total de ACC	.512***	.504***	.551***	.529***	.247***	.725***

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

O que verificamos na matriz de correlações entre as escalas de auto-conceito de competência (ACC) e motivação e entre os respectivos factores (vidé Quadro 29) é que há uma correlação estatística, muito significativa e altamente significativa, entre os resultados totais de ambas as escalas. Entre os diversos factores de ambas as escalas também se observa, duma maneira geral, uma correlação forte, altamente significativa, excepção feita para o factor 1 (“*projecto profissional*”) da escala de motivação, que apenas apresenta correlações muito significativas e altamente significativas, com dois

dos factores da escala da ACC (F3 - Prudência e F4 - Cooperação social), não se correlacionando significativamente com nenhum outro factor.

QUADRO 29- Matriz de correlações entre os factores (F) das escalas de Auto-Conceito de Competência (ACC) e Motivação e os scores totais das próprias escalas.

MOTIVAÇÃO ACC	F1- Projecto Profissional (PP)	F2- Motivação Intrínseca (MI)	F3- Expectativas de Eficácia (EF)	Score Total de Motivação
F1 - Resolução de Problemas (RP)	.088	.388***	.459***	.315***
F2 - Sofisticação na aprendizagem (S)	.101	.408***	.415***	.319***
F3 - Prudência (P)	.160**	.420***	.498***	.383***
F4- Cooperação social (C)	.204***	.434***	.375***	.385***
F5 - Assertividade social (A)	.074	.371***	.437***	.294***
F6 - Pensamento Divergente (PD)	.060	.315***	.244***	.216***
Score Total de ACC	.141**	.486***	.504***	.396***

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

No Quadro 30 podemos observar a matrix de correlações entre os resultados totais do Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) e a escala de motivação e entre os factores de ambos os instrumentos. A matriz de correlações revela que, os resultados totais das escalas estão correlacionados de forma altamente significativa. Os factores entre si com os totais das escalas apresentam correlações também muito significativas e altamente significativas, com excepção do factor 1 (“*projecto profissional*”) da escala de motivação, que só apresenta correlações muito significativas com o factor 1 (“*aceitação/ rejeição social*”) do ICAC e correlações significativas com o seu total, não apresentando correlações com significado estatístico com outra qualquer dimensão do auto-conceito geral. O factor misto (F5+ F6) do ICAC também não apresenta correlações significativas com o total da escala de motivação.

QUADRO 30- Matriz de correlações entre os factores (F) do ICAC (Inventário Clínicos de Auto-Conceito) e a escala de Motivação e os scores totais das próprias escalas.

MOTIVAÇÃO ICAC	F1- Projecto Profissional (PP)	F2- Motivação Intrínseca (MI)	F3- Expectativas de Eficácia (EF)	Score Total de Motivação
F1- Aceitação/ Rejeição social	.164**	.364***	.343***	.326***
F2- Auto-Eficácia	.090	.256***	.238***	.212***
F3- Maturidade Psicológica	.057	.203***	.331***	.195***
F4- Impulsividade/ Actividade	.030	.243***	.262***	.174**
F 5 + 6- Factor Misto	-.017	.137*	.212***	.092
Score Total de AC	.119*	.383***	.424***	.324***

* p<.05; ** p<.01; *** p<.001

5.6 - ANÁLISE DAS HIPÓTESES EM ESTUDO

A hipótese representa a proposição testável, que poderá constituir-se uma solução do problema (Almeida & Freire, 2000). As duas hipóteses formuladas no nosso estudo partem do pressuposto que há uma relação de influência do auto-conceito do enfermeiro sobre a sua motivação profissional.

O procedimento estatístico que seguidamente se apresenta tem por objectivo testar as hipóteses formuladas e fornecer credibilidade às conclusões do estudo. As hipóteses em estudo são duas, como já referimos, tendo sido ambas submetidas ao procedimento de regressão linear simples, isto porque, o que se pretende é prever o sentido da relação de influência das medidas de auto-conceito sobre as variáveis motivacionais.

No Quadro 31 podemos observar os resultados da análise da relação exercida pelas variáveis de auto-conceito e auto-conceito de competência sobre as variáveis motivacionais, através do teste de regressão linear simples. Verificamos que, há uma relação de influência, altamente significativa estatisticamente, das variáveis de auto-conceito sobre as variáveis motivacionais. Logo, aceitamos as hipóteses formuladas (H1 e H2) e rejeitamos as hipóteses nulas (H0), o que se pode afirmar com 95% de confiança.

QUADRO 31- Análise da relação exercida das variáveis de auto- conceito e auto- conceito de competência sobre as variáveis de motivação através do teste de Regressão Linear Simples.

Regressão Linear Simples	H1: AC → Motivação
Média total do AC	76,187
Média total da Motivação	72,025
Coefficiente Beta	.324
Significância	.0001
Regressão Linear Simples	H2: ACC → Motivação
Média total do ACC	119,096
Média total da Motivação	72,025
Coefficiente Beta	.396
Significância	.0001

(n-342)

Podemos então inferir que, *“Existe uma relação de influência, que é positiva e altamente significativa estatisticamente, do auto-conceito geral do enfermeiro sobre a sua motivação profissional”* e do mesmo modo se pode afirmar que, *“Existe uma relação de influência, que é positiva e altamente significativa estatisticamente, do auto-conceito de competência do enfermeiro sobre a sua motivação profissional”*.

6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O tipo de estudo pelo qual optamos, descritivo e exploratório, respondeu às hipóteses em estudo, tendo sido atingidos os objectivos a que nos propusemos.

Como se previa, a nossa amostra é maioritariamente feminina, o que é consonante com a história e com a actual estatística da Ordem dos Enfermeiros (2001). Isto demonstra que a profissão de enfermagem contínua, ainda hoje, a ser uma opção mais atractiva para as mulheres, com uma representação social muito marcante. O acto de cuidar alguém, ainda está muito associado, segundo Coliére (1988) à *“maternage”*, ou

seja à maternidade, o que culturalmente tem sido atribuído quase exclusivamente à mulher. Nos nossos dias este conceito sofreu alterações, observando-se uma procura mais acentuada da profissão de enfermagem pelo sexo masculino.

Continua a ser uma profissão maioritariamente constituída por uma população jovem, o que se deve em parte, ao grande desgaste físico e psicológico e aos níveis de stress sofridos por estes profissionais, o que leva ao abandono precoce da carreira e à reforma antecipada, o que é corroborado por Lousada (2000) e apoiado pelo facto de a mesma amostra apresentar cerca de dez anos de tempo médio na carreira.

Dos enfermeiros estudados, a maior parte trabalha em instituições de cuidados de saúde primários, mais vocacionadas para a educação para a saúde, promoção da saúde, prevenção da doença e reinserção sócio-familiar, o que se deve em parte ao número mais alargado e proliferação mais disseminada destas instituições no Algarve, vulgarmente conhecidas por centros de saúde e com uma acessibilidade mais facilitada ao utente, sendo o número de enfermeiros em exercício profissional francamente acrescido em relação a outras instituições. Os enfermeiros que trabalham em unidades vocacionadas para o tratamento da doença, hospitais, também tem uma boa representatividade na amostra pesquisada, porque apesar de apenas existirem três instituições deste tipo no Algarve, são de grande dimensão, pelo que absorvem uma boa parte dos profissionais da região. A instituição com menos representatividade dos profissionais de enfermagem é o SPTT Algarve, os seus dois CAT's, vocacionados para a prevenção, tratamento e reinserção de toxicodependentes, o que se deve à pequena dimensão das unidades, ao facto de ser um serviço de saúde relativamente recente (10 anos) e estar actualmente a formar o seu quadro de enfermagem.

Os enfermeiros especialistas e os enfermeiros da área da gestão de serviços (enfermeiros chefe) estão muito pouco representados na nossa amostra. Isto fica-se a dever ao facto da área da gestão em enfermagem ser pouco atractiva para os enfermeiros, devido ao afastamento da relação directa com os utentes e à excessiva burocratização, o que, de acordo com Lousada (2000) constitui um factor de stress para estes profissionais, para além da dificuldade de acesso à categoria.

No caso dos enfermeiros especialistas, a nossa amostra é representativa do que é o panorama nacional, ou seja, preocupante. Não são formados enfermeiros especialistas em Portugal há três anos, à espera duma reestruturação do ensino de enfermagem, constituindo caso único na Europa. Até então a quantidade de enfermeiros especialistas no nosso País já era pobre, não só pelas dificuldades curriculares de ingresso nos cursos como pela acessibilidade, visto que, apenas as escolas superiores de enfermagem de

Lisboa, Coimbra e Porto disponibilizavam cursos de especialidade, com horários lectivos completos semanais, o que condicionou desde sempre a concentração de enfermeiros especialistas nestas áreas, ficando a província completamente desprovida destes profissionais. Hoje constitui um problema nacional, nomeadamente nas especialidades de saúde materna e obstétrica incorrendo o País no risco de ficar brevemente sem enfermeiras parteiras; na especialidade de psiquiatria, visto que as equipas neste tipo de serviços devem ser coordenadas por especialistas, dada a especificidade da doença e a necessidade de preparação académica e técnica para poder intervir neste tipo de utentes e na especialidade de saúde comunitária, verificando-se que as equipas comunitárias são neste momento lideradas por enfermeiros sem conhecimento e formação específica na matéria.

Deste problema de formação de enfermeiros especialistas decorre algum atraso na implementação das novas políticas sociais e de saúde e uma deficiente qualidade dos serviços, constituindo uma das preocupações predominantes dos profissionais de enfermagem, dos sindicatos e da Ordem dos Enfermeiros portugueses. Tudo isto agravado pelo facto da grande maioria dos enfermeiros chefes serem provenientes da carreira de enfermeiro especialista. Só a título de exemplo, em toda a região do Algarve temos apenas dois enfermeiros especialistas em psiquiatria a exercer a sua área de especialidade, sendo que os restantes estão nas áreas da gestão e ensino de enfermagem.

Os enfermeiros pesquisados apresentaram um bom auto-conceito geral de acordo com estudos efectuados por Vaz Serra (1986) na população geral, situando-se o auto-conceito destes profissionais ligeiramente acima da população geral. À semelhança do estudo de Vaz Serra, não há diferenças de auto-conceito, estatisticamente significativas, entre os grupos etários de adultos jovens e adultos. As dimensões social e cognitiva do auto-conceito geral representadas pelas sub-escalas de “*aceitação/ rejeição social*” e “*auto-eficácia*”, demonstraram ser aquelas às quais estes profissionais atribuem maior importância, tendo sido atribuída uma importância menor à dimensão emocional. Dimensões sociais e cognitivas aparecem associadas, o que nos leva a considerar que os enfermeiros interpretam os aspectos sociais da profissão como parte das cognições, não diferenciando aspectos sociais de aspectos cognitivos, o que em parte se deve ao peso da “*Relação com o outro*” e à necessidade de gestão terapêutica e educativa desta relação. Isto é explicado por Lousada (2000) e Santos (1993), pelos longos períodos de envolvimento emocional destes profissionais com os utentes, em torno de problemas de ordem física, psicológica, social, cultural e mesmo económica, factores que estão de

alguma forma dependentes da competência técnica dos profissionais para lidar com as emoções do outro. O que só por si implica saber lidar com as suas próprias emoções.

No que respeita à “*aceitação/ rejeição social*” o auto-conceito dos enfermeiros é superior ao da população geral, o que parece revelar uma consciencialização dos profissionais de enfermagem em relação à sua importância junto da comunidade e à percepção de que são aceites na relação que estabelecem, e num certo nível de eficácia conseguida, visto que é fundamental que o utente confie no profissional que o cuida.

Quanto à “*auto-eficácia*”, os enfermeiros colocam-se em níveis de auto-conceito ligeiramente inferiores à população geral, o que é consonante com o facto destes profissionais se confrontarem frequentemente com os limites da sua actuação em situações de emergência, doença grave e doenças crónicas e terminais, ficando os resultados obtidos na intervenção aquém dos resultados desejados. O que é explicado pelos investigadores pela discrepância (Locke & Latham, 1990; Bandura, 1991) entre o ideal e o real e pelo nível de expectativas de eficácia e de resultado (Rotter, 1966; Bandura, 1977; Vaz Serra, 1986; Franken, 1998) que se colocam, sendo a expectativa do resultado em relação à intervenção, superior à eficácia da mesma, o que leva o indivíduo a considerar-se menos eficaz.

A sub-escala “*maturidade psicológica*” apresenta nos enfermeiros indícios de auto-conceito superiores à população geral, o que se prende com o contexto profissional, visto que estes profissionais se movimentam diariamente entre a dicotomia vida/morte, tendo frequentemente a vida dos indivíduos dependente da sua actuação e capacidade de intervenção e discernimento, isto condiciona nestes profissionais uma maturidade e capacidade precoce de gestão das emoções, que rapidamente se transforma numa competência.

A nível do factor de “*impulsividade/ actividade*” também se registam valores de auto-conceito nos enfermeiros ligeiramente superiores à população geral, o que se relaciona com o facto destes profissionais necessitarem, com frequência, de controlar as emoções e os impulsos a favor do planeamento e do método na intervenção. O nível superior de actividade nestes profissionais, tem a ver com a quantidade de trabalho que é solicitado e a dinâmica que é imprimida diariamente, o que é associado à impulsividade, pela necessidade constante de improvisar.

A aplicação desta escala a enfermeiros tinha como objectivo primordial avaliar a dimensão emocional e afectiva do auto-conceito, o que aparentemente não se confirma, analisando sim as dimensões social e cognitiva, mais uma vez. Na análise de correlação item-total, o ICAC revelou índices de correlação elevados em apenas treze itens do

conjunto de vinte que compõem o instrumento, apresentando os restantes itens uma correlação fraca ou mesmo inaceitável no caso do item 18. Perante os resultados observados, em aplicações do ICAC a enfermeiros, em estudos posteriores, a introdução destes itens que apresentam baixo índice de correlação na escala, deve ser reavaliada, no sentido da sua reformulação ou mesmo eliminação.

Na análise dos diversos factores, a escala apresentou uma correlação item-total boa ($> .3$), com excepção dos factores 5 e 6, com índices de correlação extremamente baixos, pelo que, em aplicações posteriores, devem ser reformulados ou mesmo eliminados. A análise factorial e de consistência interna do ICAC vieram reflectir exactamente os resultados da correlação. A análise factorial revelou uma estrutura da escala diferente em enfermeiros e na população geral, com os itens dos diversos factores a saturarem de forma mista todas as sub-escalas, apesar das saturações superiores a $.3$, o que demonstra que em estudos posteriores com enfermeiros deve ser reorganizada a escala e reequacionada a utilização de algumas sub-escalas, que não são saturadas por nenhum item do próprio factor. A consistência interna geral da escala é boa, com valores de α de $.730$, embora nas sub-escalas esta consistência interna não se confirme, revelando valores muito pouco satisfatórios, o que nos leva a considerar que o ICAC não foi totalmente confirmado na aplicação a enfermeiros.

Nos estudos com o ICAC na população geral (Vaz Serra, 1986), a qualidade e validade do instrumento foram completamente confirmadas, com valores elevados de consistência interna, o que não se verificou na população de enfermeiros.

Na aplicação do ICAC a enfermeiros predominam os itens que avaliam a dimensão social do auto-conceito geral, seguida da dimensão cognitiva. No caso do nosso estudo, se tivermos em conta que o que se pretendia era avaliar as dimensões emocionais e afectivas do auto-conceito, parece-nos que não se justifica a aplicação desta escala no contexto profissional de enfermagem, visto que estas dimensões são interpretadas como factores sociais e cognitivos, o que foi confirmado pela análise das qualidades psicométricas da escala. Os afectos e emoções não são analisados descontextualizados do âmbito profissional, pelo que, nestes profissionais, para analisar as diversas dimensões do auto-conceito basta utilizar uma escala de auto-conceito de competência.

A adaptação da escala de auto-conceito de competência para enfermeiros, foi construída a partir duma escala de origem finlandesa, adaptada por Faria e Santos (1998) para o contexto português, a partir da utilização de medidas abertas e indirectas e que, na opinião dos autores, são mais susceptíveis de captar as percepções e concepções pessoais dos sujeitos.

Os enfermeiros apresentaram valores elevados de auto-conceito de competência, o que significa, para Bandura (1977) que têm uma excelente percepção das suas capacidades profissionais e que interpretam a sua realização em níveis mais elevados (o que pode não significar objectividade), demonstrando aquilo a que alguns autores chamam de bem-estar psicológico global (Byrne, 1986; Marsh, 1990), predictivo de boa realização profissional e integração social. Um auto-conceito de competência elevado, está mais associado a objectivos centrados na aprendizagem do que a objectivos centrados nos resultados, o que é corroborado por Dweck e Legget (1988). Este resultado coloca a prática em enfermagem, pelo menos teoricamente, no paradigma emergente, em que o ênfase é colocado no crescimento e desenvolvimento pessoal, assinalando assim um rompimento com o paradigma dominante, centrado no mecanicismo e nos resultados técnicos.

As dimensões cognitiva e social do auto-conceito de competência foram, mais uma vez, os atributos mais valorizados pelos enfermeiros nas suas descrições, o que é consonante com os estudos de Faria e Santos (1998), quer nos estudantes quer nos adultos. Factores como a prudência, assertividade social e pensamento divergente são interpretados pelos enfermeiros de forma semelhante às dimensões cognitivo-sociais. As sub-escalas de “*resolução de problemas*”, “*cooperação social*” e “*sofisticação ou motivação para aprender*” a assumirem-se como as mais representativas do auto-conceito de competência no enfermeiro.

A análise de correlação inter item com o total da escala revelou-se francamente elevada para todos os itens da escala, com excepção do item 18, que apresentou baixos índices de correlação com o total da escala, mas um índice de correlação aceitável na própria sub-escala. Nas diversas sub-escalas, os índices de correlação entre os itens são também bastante elevados.

A análise factorial da versão da escala de auto-conceito de competência para enfermeiros, após rotação varimax, revelou uma estrutura de factores mistos, reflectindo uma diferenciação distinta, relativamente à original, de algumas das dimensões do auto-conceito de competência. Os seis factores extraídos explicam 56,6% da variância total para os enfermeiros, explicando o primeiro factor por si só 34,7% desta variância total. Os resultados demonstram que a dimensão cognitiva é predominante no auto-conceito de competência do enfermeiro. Os indicadores de assertividade social são interpretados, no contexto de enfermagem, como dimensões cognitivas do auto-conceito de competência, sendo a assertividade social valorizada apenas no âmbito da prudência da relação com o utente. A criatividade, representada no pensamento divergente, também é

interpretada pelos enfermeiros misturada com dimensões cognitivas, parecendo poder salientar-se que a criatividade é vivida pelos enfermeiros como um instrumento de resolução de problemas, o que em enfermagem não é surpreendente, porque a necessidade de recorrer ao imprevisto é uma prática constante.

Quanto à análise da consistência interna, os valores de α de Cronbach apresentados foram francamente elevados ($> .919$), sendo a consistência interna total da escala de $.923$, o que são indicadores de excelente consistência interna segundo diversos autores (Almeida & Freire, 2000; Pestana & Gageiro, 2000). A consistência interna da escala, através do α de Cronbach parece ter sido completamente confirmada para enfermeiros, sendo a dimensão cognitiva, seguida da dimensão social as de maior predominância. O que não é consonante com os estudos de Faria e Santos (2000), isto porque, nestes estudos, a escala não foi totalmente confirmada nem para estudantes, nem para adultos, com a obtenção de valores pouco satisfatórios de consistência interna, correlação inter item e análise factorial.

Após análise das qualidades psicométricas da escala obtivemos uma nova organização do instrumento para enfermeiros, em que, para além da reorganização dos itens nas sub-escalas foi alterada a designação de algumas das sub-escalas. Isto é, mantivemos uma escala subdividida em seis factores, do factor 1 “resolução de problemas” fazem parte os itens 2, 6, 8, 9, 11, 14, 22 e 23, representando uma dimensão cognitiva do auto-conceito de competência, do factor 2 “sofisticação ou motivação para aprender”, fazem parte os itens 5, 12, 17, 28, 30 e 31, representando igualmente uma dimensão cognitiva do auto-conceito de competência. Do factor 3 “assertividade e Interação social”, fazem parte os itens 13, 15, 19, 20, 21 e 25, representando uma dimensão social do auto-conceito de competência. Do factor 4 “cooperação social” fazem parte os itens 1, 4, 7 e 29, representando igualmente uma dimensão social do auto-conceito de competência. Do factor 5 “prudência sócio-profissional”, fazem parte os itens 3, 10, 16 e 26, representando uma dimensão cognitivo-social e finalmente o factor 6 “pensamento divergente”, do qual fazem parte os itens 18, 24 e 27, representando a dimensão criatividade do auto-conceito de competência.

Este instrumento precisa de ser confirmado, com novas verificações empíricas em estudos posteriores. O instrumento final difere relativamente da versão da qual foi adaptado (Faria & Santos, 1998), que por sua vez não foi totalmente confirmada, sendo que a versão original, finlandesa (Räty e Snellman, 1992) mantém-se em fase de verificação empírica. Afigura-se-nos um excelente instrumento para o estudo do ACC em enfermeiros.

No que respeita à motivação, os enfermeiros apresentam níveis de motivação elevados. Em comparação com outros estudos com professores (Jesus, 1996), os enfermeiros demonstraram maior motivação do que os profissionais da educação em todas as dimensões avaliadas da motivação, ou seja, quer a nível da motivação intrínseca e projecto profissional, cuja diferença de médias é maior, quer a nível das expectativas de eficácia, cuja diferença é mínima. Confirmando assim os pressupostos dos investigadores de que *“um bom auto-conceito é provavelmente a base de todo o comportamento motivado”* (Franken, 1998) ou a principal fonte de motivação (Fitts, 1972; Gécas, 1982; Vaz Serra, 1986), pois é o principal ponto de referência do indivíduo na envolvimento com o meio.

Na adaptação da escala de motivação para enfermeiros, os itens foram alterados e adaptados para estes profissionais, a partir do instrumento de avaliação da motivação em professores, de Jesus (1996), do qual foram retiradas apenas as sub-escalas de projecto profissional, motivação intrínseca e expectativas de eficácia.

Na análise de correlação item-total, observaram-se índices elevados de correlação de todos os itens com o total da escala, com excepção do oitavo item que apresentou baixos valores correlacionais. Os índices de correlação dos itens nas próprias sub-escalas também se revelaram bastante elevados, nomeadamente para o item oito. Os índices de correlação apresentam semelhanças com os estudos de Jesus (1996). O que significa que aceitamos todos os itens da escala na adaptação para enfermeiros.

A análise factorial da versão para enfermeiros da escala de motivação, após rotação varimax, revelou uma estrutura idêntica à original. Foram extraídos três factores que explicam 65,25 % da variação total para os enfermeiros, com o primeiro factor a explicar por si só 38,81% da variação total da escala. Os resultados da análise factorial demonstram uma atribuição de maior valorização dos enfermeiros relativamente ao projecto profissional, sob o ponto de vista motivacional. Manifestamente, a motivação intrínseca, a ser interpretada pelos enfermeiros como um aspecto também muito importante no processo de motivação profissional. As expectativas de eficácia, sendo interpretadas como importantes, são menos valorizadas pelos enfermeiros que os aspectos anteriores, o que é compreensível neste contexto profissional, pois as expectativas devem ser o mais realistas possível, fazendo parte dum processo de aprendizagem que o enfermeiro faz ao longo da carreira, diminuindo gradualmente os níveis de expectativas colocadas na situação. E mais uma vez a dimensão cognitiva da motivação a revelar-se como predominante em enfermagem, com menor atribuição de valor aos processos emocionais e comportamentais no contexto da profissão.

Quanto à análise de consistência interna da escala em enfermeiros, através do *Alpha* de Cronbach, o que se verificou foram coeficientes totais de *Alpha* elevados, confirmando-se assim uma boa consistência interna da escala. A sub-escala “projecto profissional” é a mais consistente, apresentando valores muito elevados de *alpha*, representando os objectivos profissionais e o valor das metas para os enfermeiros, mais uma vez uma dimensão cognitiva do auto-conceito, o que vêm corroborar os resultados de outras pesquisas, em que as dimensões cognitivas e sociais foram consideradas de maior importância, no âmbito profissional (Bandura, 1977; Vaz Serra, 1986; Faria & Santos, 1998; Franken, 1998). As principais teorias da motivação destacam as metas como um dos constructos com relevo na intervenção motivacional, o que é corroborado por Nuñez (1996).

A motivação intrínseca nos enfermeiros revelou-se também uma sub-escala com elevada consistência interna, relacionada com a consciencialização dos processos motivacionais, dimensão cognitivo-comportamental da motivação. Esta consistência é confirmada pelo elevado auto-conceito de competência apresentado pelos enfermeiros, revelador da existência de processos efectivos de auto-consciencialização da informação positiva. A sub-escala expectativas de eficácia, sendo a menos consistente das três, apresenta do mesmo modo valores elevados de consistência interna. Os resultados sugerem que os enfermeiros possuem expectativas mais realistas e a convicção que podem ser bem sucedidos na execução dos comportamentos requeridos para atingir os resultados, o que se confirma pelos elevados níveis de auto-conceito de competência. Este valor elevado de auto-conceito de competência é indicador, como já referimos, de que as expectativas são mais centradas na aprendizagem do que nos resultados, o que é corroborado por Bandura (1991). Outra explicação possível tem a ver com o carácter situacional das expectativas. As expectativas de auto-eficácia são estáveis no tempo, mas variam na situação. O nível de expectativas do enfermeiro deve ser readequado para cada caso, cada utente, em cada situação.

Quanto à influência das variáveis sócio-demográficas nas variáveis cognitivo-motivacionais verificamos, que a variável “categoria profissional” exerce uma relação de influência significativa e muito significativa sobre todas as dimensões do auto-conceito de competência, com excepção do pensamento divergente. Isto é explicado pelo facto da progressão na categoria profissional exigir níveis académicos e de formação gradualmente superiores, maior nível de responsabilidade (legislado - Dec.-Lei nº 437/91 de 18 de Novembro), determinado curriculum, quer a nível da gestão de cuidados quer a nível da organização do serviço e portanto uma maior organização do

profissional, investimento pessoal e um planeamento mais estruturado da carreira. A percepção que a pessoa tem de si própria implica, segundo Vaz Serra (1986), uma auto-organização e estruturação ao longo da vida, então, é natural que daqui ocorra uma consistência auto-percebida.

A categoria profissional exerce ainda uma influência significativa na dimensão “maturidade psicológica” do auto-conceito geral. A organização curricular, profissional e pessoal de que falávamos anteriormente já pressupõem um certo crescimento e desenvolvimento individual. Os conflitos emocionais e afectivos com que se debatem diariamente estes profissionais nas suas práticas e a gestão dos mesmos que se vêm obrigados a fazer, são por si só factor de crescimento e maturação do indivíduo.

A nível da motivação, a variável categoria profissional apenas exerce uma relação de influência significativa sobre a dimensão expectativas de eficácia. O que em enfermagem pode ser explicado sob dois pontos de vista, numa primeira análise pela necessidade que o enfermeiro sente nas suas práticas, de gerir as discrepâncias entre as expectativas ideais e as expectativas reais, o que é produto duma aprendizagem e da experiência, a noção que têm da sua eficácia relativamente às expectativas colocadas na actividade e na comparação do seu desempenho com outros, que lhes sirvam de modelo, o que é corroborado por Locke & Latham (1990). Numa segunda análise, pode ser explicado pelo mecanismo de limitação da motivação, aquilo a que Bandura (1991) chamou “*conceito de combinação*”, ou seja, o estabelecimento duma meta é estrategicamente desenvolvido, visto que envolve a definição de caminhos a percorrer para atingi-la, e, afinação do comportamento, o que em Enfermagem se chama Planeamento de Cuidados ou “Processo de Enfermagem”. É necessária uma certa maturidade. Quando se estabelece uma meta cria-se uma imagem de antecipação e uma expectativa de resultado dos resultados. Quanto mais elevada é a categoria profissional, maior é a prudência na colocação das expectativas.

As variáveis “tempo de serviço na carreira “ e “instituição onde trabalha” não exercem qualquer tipo de influência sobre qualquer uma das variáveis do auto-conceito e motivação.

A idade influencia de forma negativa e significativa a dimensão “cooperação social” do auto-conceito de competência, o que significa que na mesma proporção que a idade aumenta diminui a capacidade de cooperação social, isto pode ser explicado pela atribuição de maior importância à socialização nas pessoas mais jovens e também a representações e crenças sociais de simpatia e aceitação social, o que é corroborado por Faria e Santos (1998), que consideram que este factor também pode ser atribuído ao

viés desejabilidade social ou mesmo a uma certa característica de ser português (amigável, hospitaleiro). No adulto maduro o factor cooperação social tem uma importância menor, o que de acordo com Cordeiro (1994) tem a ver com a fase desenvolvimental do ciclo vital. A idade influencia de igual modo a dimensão pensamento divergente do auto-conceito de competência, quanto menor é a idade maior o valor do auto-conceito na dimensão ligada à criatividade (pensamento divergente). Os jovens, são duma maneira geral, mais críticos face às situações.

O género influencia de forma significativa a dimensão cooperação social do auto-conceito de competência, apresentando o sexo feminino valores de auto-conceito de competência nesta dimensão superiores ao sexo masculino, o que pode ser revelador do contexto cultural, em que a mulher é representada como mais cooperante, mais tolerante e amigável, ou seja, uma certa desejabilidade social. O género influencia ainda e da mesma forma a dimensão aceitação /rejeição social do auto-conceito geral, sendo que o sexo feminino apresenta mais uma vez, um auto-conceito nesta dimensão, superior ao sexo masculino, ou seja mais uma vez uma importância maior na atribuição de valorização aos aspectos sociais por parte da mulher, o que nos reenvia novamente para factores culturais. Esta influência, do género sobre estas dimensões do auto-conceito, pode estar, mais uma vez, ligada ao viés da desejabilidade social.

A análise de correlação entre as escalas de auto-conceito geral e auto-conceito de competência e respectivos factores é positiva e altamente significativa, o que significa que um bom auto-conceito geral pressupõe um bom auto-conceito de competência e vice-versa, o que é corroborado por diversos autores (Vaz Serra, 1986; Faria & Santos, 1998; Franken, 1998). A percepção que um indivíduo tem de si próprio condiciona, segundo Bandura (1977), o seu ajustamento pessoal e a percepção que tem das suas competências. Podemos dizer que a motivação tem a sua base no Auto-Conceito.

A análise de correlação das escalas de auto-conceito de competência e auto-conceito geral com a escala de motivação revelou índices de correlação, duma maneira geral, muito significativos e positivos entre os totais das escalas e os factores. O que sugere que um bom auto-conceito geral e/ou de competência pressupõe indivíduos motivados, o que está de acordo com Franken (1998), que considera que o auto-conceito é a base de todo o comportamento motivado.

Quanto às hipóteses em estudo verificamos que há uma relação de influência positiva, altamente significativa das variáveis do auto-conceito e auto-conceito de competência sobre as variáveis motivacionais. O que significa, que no nosso estudo, se prevê que a motivação profissional seja fortemente influenciada pelo auto-conceito do

indivíduo, quer seja o auto-conceito geral ou de competência, com maior peso para o segundo. O que, segundo Franken (1998), é demonstrado por uma boa parte da pesquisa nesta área. O auto-conceito é defendido por diversos autores (Fitts, 1972; Gécas, 1982; Vaz Serra, 1986) como fonte de motivação, o que é confirmado pelo actual estudo.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Os enfermeiros investigados constituem uma amostra de adultos jovens, maioritariamente do sexo feminino, que trabalham em instituições de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde, no Algarve.

No nosso estudo confirmou-se uma preocupação que é hoje dominante nos debates Nacionais sobre a profissão de enfermagem, que têm a ver com a carência de enfermeiros especialistas e as dificuldades decorrentes na área da gestão e educação em enfermagem.

Os enfermeiros apresentaram um bom auto-conceito geral e um elevado auto-conceito de competência, demonstrando igualmente uma forte motivação profissional. Estes profissionais atribuem mais valor às dimensões cognitivo-sociais, quer das variáveis de auto-conceito quer das variáveis motivacionais. Em relação ao auto-conceito de competência as dimensões “*resolução de problemas*”, “*cooperação social*” e “*sofisticação ou motivação para aprender*” foram as mais valorizadas, com uma componente mais marcante por parte das variáveis cognitivas. Em relação ao auto-conceito geral, as dimensões predominantes nestes profissionais foram os factores “*aceitação/rejeição social*” e “*auto-eficácia*”, com atribuição de destaque aos factores sociais. As dimensões emocionais e afectivas são interpretadas por estes profissionais, no contexto de trabalho, associadas às componentes cognitivo-sociais das variáveis em estudo, o que sugere que, para estes profissionais cognições, afectos, emoções e relações sociais são indissociáveis e funcionam em harmonia equilibradora, sendo dispensável a atribuição de maior valorização aos afectos e emoções, o que foi um resultado de alguma forma inesperado. O “*projecto profissional*” revelou ser, na motivação dos enfermeiros, o factor mais valorizado, o que está de acordo com os elevados níveis de auto-conceito de competência, visto que pressupõem uma maior auto-organização e estruturação ao longo da vida, pelo que é natural que, para estes indivíduos, o acesso e o planeamento da carreira seja um factor organizador das motivações. Este factor vem contrariar a desvalorização política das carreiras que se observa hoje no sector da saúde na função pública. A evolução e planeamento da carreira continuam a ser um factor estruturante do profissional.

Quanto às expectativas de eficácia estes profissionais demonstraram alguma prudência na gestão da discrepância entre o ideal e o real, aspectos estes mediados por uma maturidade psicológica relevante, o que parece ser um factor de crescimento e desenvolvimento imputado pelas características da própria profissão.

As instituições onde trabalham e os anos de serviço na carreira são factores que não interferem no auto-conceito e na motivação profissional destes indivíduos. Variáveis como o sexo e a idade parecem interferir ligeiramente com factores predominante sociais de cooperação e aceitação, o que pode significar interferência do viés desejabilidade social ou tão só esta maneira de estar portuguesa de ser afável e hospitaleiro ou apenas a fase do ciclo vital em que se encontram.

Os elevados valores de auto-conceito de competência evidenciados pelos enfermeiros pressupõem maior centralização nos processos de aprendizagem do que nos resultados, colocando estes profissionais no paradigma emergente em enfermagem (humanista), anunciando uma ruptura evidente com o paradigma dominante (mecanicista), o que foi inesperado, pois é conhecida a dificuldade ainda actual de ruptura com os valores tradicionais, o que é corroborado por alguns autores (Queirós, Silva e Santos (2000)).

A utilização do ICAC em enfermeiros parece não se justificar, não só pelo estudo das qualidades psicométricas da escala que não se revelou satisfatório, mas também porque não avalia, como pretendíamos, as dimensões afectivas e emocionais, o que também se deve ao facto destes profissionais interpretarem as emoções e afectos como parte integrante das dimensões cognitivo-sociais, indissociáveis da percepção de competências, sendo sugestivo que, emoções e afectos fazem parte do quadro de competências destes profissionais. Os resultados sugerem-nos que, no contexto profissional, para avaliação do auto-conceito é mais pertinente e fiável a utilização de uma escala de auto-conceito de competência.

A adaptação para enfermeiros da escala de auto-conceito de competência revelou, através dos estudos das qualidades psicométricas, a confirmação total deste instrumento para o contexto de enfermagem, com valores elevados de correlação inter item com o total da escala, uma análise factorial muito boa, segundo o critério de KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e uma consistência interna muito elevada. A estrutura da escala foi alterada relativamente à original. Dado não existirem estudos realizados nesta área, com este instrumento, a escala que adaptamos precisa de ser confirmada com novas verificações empíricas, em estudos posteriores.

A adaptação da escala de motivação para enfermeiros também evidenciou valores elevados de correlação entre os itens e o total da escala, com uma análise factorial boa e uma consistência interna elevada, pelo que também ficou claramente confirmada esta escala para a avaliação da motivação no contexto de enfermagem. Não havendo outros estudos nesta área, também carece de outras certificações empíricas.

As análises de correlação entre os instrumentos utilizados, demonstraram que um bom auto-conceito geral pressupõe um bom auto-conceito de competência e vice-versa, sendo ambos indicadores de motivação elevada, o que é corroborado pela pesquisa na matéria. A percepção que o indivíduo tem de si próprio condiciona a percepção das suas competências, o que constitui a base de todo o comportamento motivado, de acordo com alguns autores (Bandura, 1991; Franken, 1998).

As hipóteses em estudos foram confirmadas, o que sugere uma influência forte, inequívoca, das variáveis do auto-conceito e auto-conceito de competência sobre as variáveis motivacionais, pelo que, este postulado a que chegamos de que *“a motivação profissional do enfermeiro é fortemente influenciada pelo seu auto-conceito quer nas dimensões gerais quer de competência”*, requer outros estudos de verificação empírica neste contexto profissional. No sentido de contribuir para o estudo dos factores motivacionais e do constructo auto-conceito, esta relação unilateral, é um dado inovador, pelo que, deve igualmente ser confirmada por outros estudos, nomeadamente noutros contextos profissionais. A análise dos factores motivacionais nas competências profissionais, observada através das auto-percepções e avaliações individuais situa-se no paradigma humanista.

Podemos então inferir, deste processo de observação e análise que, a motivação é um processo dos domínios mental, social e físico, desenvolvido e orientado através de um processo de auto-consciencialização e auto-observação individual, que integra a observação do outro, com carácter avaliativo e desenvolvimental, dando origem ao planeamento e execução de condutas dirigidas, com o fim de atingir determinados resultados. O auto-conceito será o processo de construção pessoal, na auto-consciencialização crítica de si e do outro, o que é dinâmico quanto à aprendizagem, à partilha e à materialização mental e social da personalidade, consistência individual e desempenho comportamental ao longo do seu ciclo vital, apresentando um traço de estabilidade quanto à individualidade e identidade.

Como podemos constatar não podemos falar de enfermeiros com baixo auto-conceito ou desmotivados, antes pelo contrário, estes profissionais demonstraram elevados índices de auto-conceito geral e de competência e consequentemente, segundo

os resultados da nossa investigação, padrões elevados de motivação profissional. Isto implica que os momentos de crise que se vive nesta profissão têm provavelmente a ver com dificuldades de identificação e realização do projecto profissional, tendo-se revelado este último um dos factores de maior importância quanto à influência exercida no auto-conceito de competência destes profissionais. Se pretendemos rentabilizar os recursos em enfermagem e desenvolver a profissão é necessário em primeira instância definir os aspectos do ensino e da formação, quer readequando e redefinindo os curricula da formação de base, que se revelam desadequados das práticas e do paradigma emergente em enfermagem, ainda associados a uma concepção bio-médica perfeitamente desadaptada do que são hoje as competências dos enfermeiros, quer definindo o que vai ser e como vai ser a formação pós-básica em enfermagem e quais as consequências dessa formação quer a nível das instituições quer dos próprios profissionais. O ensino básico e pós-básico em enfermagem é hoje gerador de instabilidade e insatisfação nos profissionais desta área. O total desconhecimento do que pode ser o futuro, provocado, quer pela total indefinição quanto á formação pós-básica quer quanto ao discurso paradoxal que se exercita entre a teoria e as práticas, reflete-se na dificuldade dos enfermeiros para estabelecerem objectivos profissionais. Teóricamente, enfermagem coloca-se actualmente no paradigma humanista ou emergente, enquanto as práticas se mantêm no paradigma dominante ou tecnicista, associadas ao modelo bio-médico, que hoje sabemos perfeitamente desadequado e descontextualizado do que pode ser uma boa prática desta profissão.

Em segunda instância impõe-se a necessidade de maior visibilidade dos cuidados de enfermagem, sendo o único meio para este fim, a investigação. É necessário escrever e explicar os cuidados de enfermagem, é necessário compreender e avaliar as suas consequências, é necessário reflectir e articular as práticas e as concepções teóricas.

Daqui decorre a necessidade de outros estudos com estes profissionais. Em primeiro lugar impõe-se o estudo dos curricula em enfermagem, quer a nível da formação básica, readequando os paradigmas teóricos á prática, quer a nível da formação pós-básica, definindo o que se pretende que sejam as novas especializações em enfermagem no sentido de suprir o que são as reais necessidades da população no que respeita aos cuidados de enfermagem e dissociar definitivamente e de forma reflectida as práticas de enfermagem dos modelos bio-médicos. Promovendo assim a qualidade dos cuidados prestados á população e a possibilidade de uma identidade profissional consciencializada e realização dum projecto profissional individual e institucional.

Em segundo lugar parece-nos pertinente explorar e identificar, numa reflexão alargada, o que é que estes profissionais identificam como necessidades de formação básica, pós-básica e contínua. Do mesmo modo que nos parece pertinente perceber as representações que a população tem desta profissão e o que espera concretamente dos seus profissionais.

Por último, parece-nos muito interessante continuar a estudar a influência de constructos como o auto-conceito, nomeadamente de competência, na motivação profissional, quer dos enfermeiros quer de outros grupos profissionais, no sentido de melhor perceber donde provém a actual baixa de produtividade e absentismo, a insatisfação de alguns grupos profissionais, nomeadamente os da saúde e da educação, reconhecidas estruturas sociais de grande relevo. Porque, aparentemente, pelo menos no caso dos enfermeiros, não decorre dos indivíduos *per si*, do seu íntimo, dos seus desejos, das suas necessidades, visto que, além de se percepcionarem como competentes, mantêm-se bastante motivados quanto á profissão, sendo talvez as estruturas organizacionais e de formação, na transmissão de informação paradoxal, num ruído de comunicação por vezes ensurdecedor, que leva os profissionais a dificuldades de identificação, á confusão e ao desinteresse. É evidente que estes pressupostos necessitam de observação e verificação empírica.

Neste âmbito parece-nos interessante fazer um estudo transversal com enfermeiros, no sentido de melhor compreender a influência do seu auto-conceito de competência na sua motivação académico-profissional, desde que são admitidos ao ensino superior de enfermagem até ao seu primeiro ano de trabalho. No sentido de observar e verificar a existência ou não de alterações nas auto-percepções individuais quanto ás competências e conseqüente influência nos aspectos motivacionais ao longo dos primeiros anos do percurso profissional, que é também um percurso académico. Para o efeito, seriam utilizadas as escalas de auto-conceito de competência e motivação, adaptadas neste estudo para enfermeiros, que seriam aplicadas em diversos momentos ao grupo seleccionado, acrescidas de entrevistas individuais e outros instrumentos de observação que se considerem pertinentes, num processo de acompanhamento e seguimento.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, M. V. (2001). *Desenvolvimento vocacional e estratégica de motivação para aprendizagens persistentes*. Revista Psychologica. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Gráfica de Coimbra. Nº 26. pp 9-26.

ABREU, J. L. P. (1994). *Introdução à psicopatologia compreensiva*. Lisboa. Serviço de educação. Edições Fundação Calouste Gulbenkian.

ARTIAGA (2002). *La motivación-concepto, teorías y aplicación escolar*. Monografías. com. Espanha.

ANJOS, M.; MONGE, D. (1991). *O auto-conceito do enfermeiro e sua motivação para a mudança*. Enfermagem em foco – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Ano 1. Nº 4. Lisboa. Printigo industrias gráficas. pp 27-37.

ALMEIDA, L.; FREIRE, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia da educação*. 2ª edição. Braga. Editora Psiquilíbrios.

ATKINSON, J. W.; BIRCH, D. (1978). *An introduction to motivation*. New York. Van Nostrand.

ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem – Introdução ao Processo de Enfermagem*. Cap. 31. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.

BACETE, F. J. G.; BETORET, F. D. (2001). *Motivación, Aprendizaje y Rendimiento Escolar*. Volumen 1. Nº 0. Universidad Jaume I de Castellón.

BANDURA, A. (1977). *Self- efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. Psychological review. 84 (2). Pp 191-215.

BANDURA, A. (1989). *Human agency in social cognitive theory*. American Psychologist. 44. pp 1175-1884.

- BANDURA, A. (1997). *Social Learning Theory*. Journal of personality and social psychology. 45. pp 1017-1028.
- BANDURA, A. (1991). *Social cognitive theory of self-regulation*. Organizational behavior and human decision processes. Capítulo 50. pp 248-287.
- BANDURA, A. (1997). *Self-Efficacy: the exercise of control*. Lincoln. University of Nebraska Press. Nebraska symposium of motivation. Dienstbier editions. Pp. 69-164.
- BEDNAR, R et al (1989). *Auto-estima – Paradoxos e inovações na teoria clínica e prática*. American Psychological Association Press. Washington. Washington D.C.
- BERLYNE, D. E. (1971). *Psychobiology*. New York. Appleton century crofts.
- BERTRAND, Y.; GUILLEMET, P. (1988). *Organizações: Uma abordagem sistémica*. Lisboa. Instituto Piaget.
- BYRNE, B. M. (1986). *Self concept/ academic achivement relations*. Canadian journal of behavioural science. 18. pp 173-186.
- BOLANDER, V. R. (1994). *Enfermagem fundamental – abordagem psicofisiológica*. Cap. 50. Lisboa. Lusodidacta.
- BOZARTH, J. (1985). *Terapia quantum – el enfoque centrado en la persona como nuevo paradigma*. Revista de psiquiatria e psicologia humanista. Nº 10. Sevilha.
- BIRCH; VEROFF (1969). *La motivación: un estudio de la acción*. Espanha. Editorial Marfil S. A.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. (1987). *Tratado de enfermagem*. 5ª edição. Rio de Janeiro. Edições Guanabara.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. (1988). *Prática de enfermagem*. 3ª edição. Rio de Janeiro. Edições guanabara.
- BRUNNER; ZELTNER (1994). *Dicionário de psicopedagogia e psicologia educacional*. 2ª edição. Petrópolis. Editora vozes.

CAMPBELL, J.D. (1990). *Auto-estima e percepções de conveniência*. Journal of personality and social psychology. 58 (1). pp 122-133.

CAMPBELL, J.D. (1990). *Self esteem and self concept*. Journal of personality and social psychology. 59. pp 538- 549.

CAMPBELL, J.D.; LAVALLEE, L. F. (1993). *Who am I? The role of self concept confusion in understanding the behavior of people with low self esteem*. The puzzle of low self regard. New York. Plenum press. pp 13-20.

CAMPOS, A. (1982) – *A psicoterapia não directiva – exposição e crítica do método rogeriano*. Barcelona. Herder.

CANTO DE LOURA, I. (1998). *Educação Ambiental...Antes de mais Educar*. Anais Universitários. Ciências Sociais e Humanas. Universidade da Beira Interior. Covilhã. pp.175 – 180.

CARDOSO, M. (1995/1996) – *Mestrado em gestão e economia da saúde – epidemiologia*. Coimbra. Biblioteca da Faculdade de economia da Universidade de Coimbra.

CARRACHÁS (2001). *Curso de Gestão de recursos humanos em saúde*. Lisboa. Instituto Nacional de recursos humanos.

CARDOSO, M.; VERISSIMO, R.; PAIS, A.B.; PALHINHAS, J.; MOURA, L. (1998). *Avaliação do meio, auto-conceito e mecanismos de coping*. Coimbra. Psiquiatria clínica. 9 (4). pp. 239-265.

CARDOSO, C.; PEIXOTO, F. (1996). *Auto conceito e clima na sala de aula*. Braga. Avaliação psicológica. Vol.5. pp 424-433.

CARREIRA, T. (1996). *Identidade e Pertença: do Individual ao Colectivo*. Covilhã. Anais Universitários. Ciências Sociais e Humanas. Universidade da Beira Interior. Nº 7. pp.323 – 333.

CASANOVA, E. M. (1993). *Auto – conceito*. Revista de Psicologia Geral e Aplicada da Universidade de Navarra. 46(2). pp.177 – 186.

CHYZANOWSKI, G (1981). *A g nese e natureza da auto- estima*. Jornal Psychother. 35 (1). pp 38-46.

CLARKE, J.I. (1978) – *Auto-estima – um problema familiar*. Minneapolis Winston Press.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (1990). *Desarrollo psicológico y educación II*. Psicología de la educación. Madrid. Alianza editorial.

COLLI RE, M. F. (1988). *Fondements culturels de la pratique soignante. La culture, source e dynamisme de l' infirmière*. Journées de perfectionnement du CCPS.

COLLIÈRE, M. F. (1991). *Vers un exercice infirmier reconnu*. Soins infirmiers. N 10. pp 23-28.

COLLIÈRE, M. F. (1992). *De l' utilisation de l' antropologie pour aborder les situations de soins*. Revue Soins. N  557. Février.

COOPERSMITH, S. (1967). *Os antecedentes da auto-estima*. São Francisco. Freeman & Company.

CORDEIRO, J. D. (1994). *A saúde mental e a vida*. 3  edição. Lisboa. Edições Salamandra.

DAMÁSIO, A. (2000). *O sentimento de si, o corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. 6  edição. Mem Martins. Publicações Europa América. Editora Forum Ciência.

DECI, E. L. (1975). *Intrinsic motivation*. New York. Plenum.

DECI, E. L.; RYAN, R. M. (1991). *A motivational approach to self: integration in personality*. Lincoln. University of Nebraska Press. Nebraska symposium of motivation. Dienstbier editions. pp 237-288.

DWECK, C. S. (1991). *Self theories and goals: their role in the motivation, personality and development*. Lincoln. University of Nebraska Press. Nebraska symposium of motivation. Dienstbier editions. pp 199-235.

DIÁRIO DA REPÚBLICA- *Decreto de Lei n  437* - 8 de Novembro 1991. Lisboa.

DIAS, C. A. (1998). *As teorias e as forças*. Revista da associação portuguesa de psicologia Vol. III (3 e 4), 3º trimestre. pp7-70.

DURAND, D. (1992). *A Sistémica*. 5ª edição. Lisboa: Dinalivro.

ELHART, D.; FIRSICH, S. C.; GRAGG, S. H.; REES, O. M. (1983). *Princípios científicos de enfermagem*. 8ª edição. Amadora. Peres- artes gráficas.

ESTRELA, M. T. (1994). *Relação Pedagógica, Disciplina e Indisciplina na Aula*. 2ª edição. Porto Editora, Lda.

ESTRELA, M. T. (1997). *Viver e contruir a profissão docente*. Porto. Colecção Ciências da Educação. Nº 26. Porto Editora.

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. (2001). *Psicologia do desenvolvimento vocacional em Portugal, teoria, investigação e prática*. Coimbra. Nº26.

FARIA, L; SANTOS, N. (1998). *Escala de avaliação de auto-conceito de competência: estudos de validação no contexto universitário*. Revista Galego-Portuguesa de psicologia e educação. Ano 2. 3 (2). pp. 175-184.

FARIA, L; SANTOS, N. ; BESSA, N. (1996). *Auto conceito de competência: adaptação de um instrumento a adolescentes Portugueses*. Em Almeida, L.; Araújo, S.; Gonçalves, M.; Machado, C.; Simões, M. - Avaliação psicológica: formas e contextos. Braga. Edições Apport. Vol. 4. pp 175 176.

FARIA, L; SANTOS, N. (1998). *Auto-conceito de competência: estudos no contexto educativo português*. Revista Psychologica. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Gráfica de Coimbra. Nº 26. pp 213-231.

FERNANDES, E. (1990). *Psicologia da Adolescência e da Relação Educativa*. Porto: Edições ASA – Clube do Professor.

FESTINGER, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evaston Il, Row Peterson editors.

FITTS, W. H. (1972). *The self concept and psychopatology (monografie)*. National Technical Information Service. USA.

FOA, E. B.; KOZAK, M. J. (1986). *Emotional processing of fear – exposure to corrective information*. New York. Psychol Bull.

FOLKMAN, S. *et al* (1986). *Appraisal, coping, health status and psychological symptoms*. New York. Journal of Personal Society Psychology. 50. pp 992-1003.

FRADA, J. J. C. (1991) – *Guia prático para elaboração e apresentação de trabalhos científicos*. 2^a edição. Lisboa. Edições Cosmos.

FRANKEN, R. E. (1998). *Human motivation*. 4^a edição. USA. University of Calgary. Cole Publishing Company.

FULLER, J.; FARRINGTON, J. (2001). *Da formação ao aperfeiçoamento do desempenho*. Coimbra. Quarteto Editora.

GÉCAS, V. (1982). *O Auto – conceito*. Review Sociology. Annual. Nº 8. pp. 1-33.

GIL, A. C. (1988). *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo. Editora Atlas S. A.

GIL, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4^a edição. São Paulo. Editora Atlas S. A.

GOLEMAN, D. (1997)– *Inteligência emocional*. 1^a edição. Temas e Debates.

GONÇALVES, F. R. (1993). *A Observação da Relação Educativa no Processo Ensino – Partilha – Aprendizagem*. Faro. Centro Universitário de Investigação Educativa da Universidade do Algarve. Ensaios e Perspectivas. N º 1.

GONÇALVES, F. R. (2001). *Observação/ Análise*. São Paulo. Edições cortez. pp 229-237.

GONZALEZ – PIENDA, J. A.; PÊRES, J. C. N.; ARIAS, A. V. (1992). *Auto – Conceito*. Revista de Psicologia Geral e Aplicada. Universidade de Oviedo. 45(1). pp. 75 – 81.

HARTER, S. (1993). *Visions of the self. Behind the me and the mirror*. Lincoln. University of Nebraska Press. Nebraska symposium of motivation. Dienstbier editions. Vol. 40. pp 99-144.

HARVEY, C. (1993). *A motivação com sucesso*. Lisboa. British Institut of Management. Gestão Essencial. Editoriais Presença.

HUITT, W. (1998). *Self- concept and self-esteem*. Educational Psychology Interactive. Electronic files.

JANNIS, I.; ANN, L. (1977). *Decision – making – a psychological analysis of conflit, choice and commitment*. New York. Free Press.

JESUS, S. (1996). *A Motivação para a Profissão Docente*. 1ª edição. Aveiro. Col. Ciências da Educação e Desenvolvimento Humano. Estante Editora.

JESUS, S. (1997). *Bem-estar dos professores, estratégias para realização e desenvolvimento profissional*. 1ª edição. Coimbra. FIG, S.A.

JESUS, S. (1998). *Bem-estar dos professores, estratégias para realização e desenvolvimento profissional*. Versão revista. Porto.Porto Editora.

JESUS, S. (2000). *Motivação e formação de professores*. 1ª edição. Coimbra. Col. Nova Era. Quarteto.

KAPLAN, R. M. (1990). *Behavior as the central outcome in health care*. American psychologist revue. Nº 45. pp 1211-1220.

KEROUAC *et al* (1994). *La pensée infirmière*. Montreal. Éditions études vivantes Maloine.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. (1992). *Metodologia do Trabalho Científico*. 4ª edição. São Paulo. Editora Atlas S. A.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1985). *Study of emotion and coping*. Journal of personality and social psychology. 48. pp 150-170.

LEARY, M. R.; KOWALSKI, R. M. (1995). *Social Anxiety*. New York. The Guilford Press.

- LERBERT, G. (1997). *Pedagogia e Sistémica*. Lisboa. Instituto Piaget. Editora Horizontes Pedagógicos.
- LEONARD, N. H.; BEAUVAIS, L. L. ; SCHOLL, R. W. (1995). *A self concept model of work motivation*. Annual meeting of the academy of management. Actas.
- LESNE, M. (1984). *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa. Edições Fundação Calouste Gulbenkian.
- LÉVY-LEBOYER, C. (1994). *A crise das motivações*. 1ª edição. São Paulo. Editora Atlas.
- LLANDAFF, M.; CASTLEDINE, G. (1988). *Prática de enfermagem. O processo de enfermagem*. Lisboa. Mosby Company e E. comunicação para a língua portuguesa.
- LOPES, M. A. P *et al* (1993). *Como estou eu a cuidar*. Revista Servir. Março/ Abril. 41 (2). Pp 59-67.
- LOUSADA, A.(2000). *Stress e motivação profissional*. Lisboa. Jornal Médica. Abril.
- MALGLAIVE, G. (1995). *Ensinar adultos*. 2ª edição. Porto. Porto Editora.
- MALTAIS, C.; HERRY, Y. (1997). *Le Concept de soi des élèves éprouvant des difficultés d'apprendissage*. Revue scientifique de education et francophonie. ACELF. France. N° 2. Volume XXV.
- MANASSERO M. M. A.; ALONSO, Á. V. (2002). *Análisis Empírico de dos Escalas de Motivación Escolar*. Universidad de las Islas Baleares. Spain. Volumen 3. N° 5-6.
- MARKUS, H.; MORELAND, R.; SMITH, J. (1985). *O Papel do Auto – Conceito na percepção dos outros*. Journal of Personality and Social Psychology. 49 (6). pp 1494 – 1512.
- MARKUS, H.;WOLF, E. (1987). *The dynamic self concept. A social psychological perspective*. Annual review of psychology. 38. pp 337.
- MARSH, H. W.; PARKER, J. W.; SMITH, I. D. (1983). *Preadolescent self concept*. British journal of education psycology. 53. pp 60-78.

- MARSH, H. W. (1986). *Auto-Estima Global – a sua relação com facetas específicas do auto – conceito e a sua importância*. Journal Personality and Social Psychology. 51(6). pp 1224 – 1236.
- MARSH, H. W. (1990). *Causal ordering of academic self concept and academic achievement*. Journal of educational psychology. 82. pp 646-656.
- MASLOW, A. (1954). *Motivação e personalidade*. 1ª edição. Nova Iorque. Haper.
- McCLELAND, D. C. (1985). *Human motivation*. New York. Glenview.
- McCLELAND, D. C. (1989). *Motivational factors in health and disease*. American psychologist. 44. pp 675-683.
- MC TEER; WILSON (1979). *El âmbito de la motivación (ambiental, fisiológica, mental y social)*. México. Editorial El Manual Moderno S. A.
- MIALARET, G. (1980). *As Ciências da Educação*. 2ª edição. Lisboa. Moraes Editores.
- NEUMAN, B. (1995). *The Neuman System Model*. 3ª edição. Norwalk: Appelton and Lange.
- NORRIS, J.; KUNES-CONNELL, M. (1988). *Um modelo aproximado para validação dos diagnósticos de enfermagem nos distúrbios de auto-estima*. Archives of psychiatric nursing. 2 (2). pp 103-109.
- NOYA, A.; LEAL, I. P. (1998). *Eu sou, tu és, ele era. Auto – conceito*. Análise Psicológica. Lisboa. 3 (XVI). pp 463 – 467.
- NUÑEZ, J. C.; GONZALEZ – PUMARIEGA, S. (1996). *Motivación y Aprendizaje*. Congreso Nacional sobre motivación e instrução. Madrid. Actas. pp 53-72.
- NUTTIN, J. (1984). *Teoría de la motivación humana*. Madrid. Editorial Paidós.
- OOSTERWEGEL, A.; OPPENHEIMER, L. (1993). *Developmental changes between and within self concepts*. New Jersey. L. Erlbaum,
- PALMERO, F. (2001). *Emotions y motivación*. Universidad Jaume I. Spain. Volumén 3. Nº 5-6.

- PAIXÃO, M. P.; SILVA, J. T. (2001). *Estudo do funcionamento motivacional em momentos críticos de tomada de decisão vocacional*. Revista Psychologica. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Gráfica de Coimbra. Nº 26. pp 175-185.
- PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa. ACEPS.
- PEARLIN, L. I.; SCHOOLER, C. (1978). *A estrutura do coping*. Journal health social behaviors.19. pp 2-21.
- PERVIN, L. (1978). *Personalidade: teoria, diagnóstico e investigação*. Bilbao. Desclée de Brouwe.
- PEIXOTO, F.; ALMEIDA, L.; ALVES-MARTINS, M.; MATA, L.; MONTEIRO, V. (1997). *Escala de auto conceito para adolescentes de Susan Harter*. Em Avaliação Psicológica: formas e contextos. Braga. Edições Aporte. Vol.5. pp 277-284.
- PEIXOTO, F.; ALMEIDA, L. (1997). *Escala de auto conceito e auto estima*. Actas da VII conferência Internacional de avaliação psicológica: formas e contextos. Braga. Associação dos psicólogos Portugueses. pp 632-640 .
- PEREIRA, A. (2002). *SPSS, Guia Prático de utilização- Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 3ª edição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais, a complementaridade do SPSS*. 2ª edição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.
- POSTIC, M. (1984). *A Relação Pedagógica*. Coimbra editora, Lda.
- PRADO E CASTRO, I. (1996). *Pensamento Sistémico v. Abordagem Sistémica*. Revista Toxicodependências. Lisboa. Edições SPTT. 2(1). pp 29 – 34.
- PULPILLO – RUIZ, A.J. (1984). *A pedagogia não directiva- estudo crítico sobre o pensamento pedagógico de Carl Rogers*. Madrid. Escola Espanhola, S. A.
- PULIDO, R. F. (1990). *Dogmatismo e auto-estima*. Revista de psicologia geral e aplicada. Salamanca.43 (4). pp 507-510.

- QUEIRÓS, A.; SILVA, L.; SANTOS, E. (2000). *Educação em enfermagem*. 1ª edição. Coimbra.Quarteto.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª edição. Lisboa. Edições Gradiva.
- RAPOSO, N. A. V. (1983). *Estudos de Psicopedagogia*. Coimbra Editora, Lda.
- RELVAS, A. P. (1996). *Terapia familiar, uma abordagem sistémica*. Coimbra. Quarteto.
- RIMÉ, B.; LEYENS, J. P. (1974/1975). *Quelques donnés à propos d'une échelle déstime de soi*. Bulletin de Psychologie. Paris. Vol XXVIII (318). pp 784-787.
- RIBEIRO, J. L. P. (1994). *Adaptação do "the self-perception profile for college students" à população portuguesa: sua utilização no contexto da psicologia da saúde*. Avaliação psicológica: formas e contextos. Braga. APPORT. pp 129-138.
- RODIGUES, D. (1997). *Do Oral ao Escrito: um discurso antropológico de educação*. Covilhã. Anais Universitários. Ciências Sociais e Humanas. Universidade da Beira Interior. pp 99 – 105.
- ROGERS, C. R. (1951). *Client-centered therapy: its current practice, implications and theory*. Boston. Houghton mifflin.
- ROGERS, C. R. (1959). *Uma teoria de terapia, personalidade e relações interpessoais*. Nova Iorque. A study of science. M.C.Graw Hill. Vol. III.
- ROGERS, C. R. ; KINGET, G. M. (1967). *Psicoterapia e relações humanas. Teoria e prática da terapia não-directiva*. Madrid. Alfaguara.
- ROGERS, C. R. (1986). *Liberdade de aprender em nossa década*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- ROGERS, M. E. (1988). *Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework*. Journal of continuing education in nursing. Vol. 20 (3). Pp 112-116.

- ROSNAY, J. (1975). *O Macroscópio – para uma visão global*. Vila Nova de Gaia. Estratégias Criativas.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self – image*. New Jersey. Princeton University Press.
- ROSENBERG, M. (1979). *Conceptualizando o Self*. New York. Basic Books.
- ROTHER, Y. B. (1967). *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro. Brasil. Zahar editores.
- SÁ, T. A. (1993). *Ser pessoa em enfermagem-a enfermagem na perspectiva psicossocial*. Revista Servir. Março/ Abril. 41 (2). Pp 68-70.
- SALVADOR, J. M. (1992). *Eficácia do Feed-Back na modificação do auto – conceito académico*. Revista de Psicologia Geral e Aplicada. Universidade de Las Palmas de Gran Canária. 45(1). pp 63 – 72.
- SANTOS, B. S. (1993). *Um discurso sobre as ciências*. 6ª edição. Porto. Afrontamento.
- SANTOS, M. I. A. *et al* (1991). *Metodologia de la enseñanza de enfermería*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud.
- SELIGMAM, M. P. (1975). *Helplessness on depression, development and death*. San Francisco. W. H. Freeman.
- SELIGMAM, M. P. (1990). *Learned optimist*. New York. Knopf.
- SENOS, J. (1997). *Identidade Social, auto-estima e resultados escolares*. Análise Psicológica. Lisboa. 1 (XV). pp 123 – 137.
- SHAVELSON, R. J.; BOLUS, R. (1982). *The Self Concept – the interplay of theory and methods*. Journal of Educational Psychology. Paris. 74(1). pp 3 – 17.
- SHAVELSON, R. J.; HUBNER, J. J.; STANTON, J. C. (1976). *Self concept:validation of construct interpretations*. Review of educational research. 46. pp 407-441.
- STREIN, W. (1995). *Advances in research on academic self-concept: implications for school psychology*. School psychology review. 22. pp 273-284.

- TAMAYO, A. (1985). *Relação entre o auto – conceito e a avaliação percebida de um parceiro significativo*. Revista Brasileira de Psicologia. Rio de Janeiro. 37 (1). pp 88 – 96.
- TAVARES, J.; BONBOIR, A.; PINHO, L. V.; CRÓ, M. L.; SOUSA, C. (1995). *Activação do desenvolvimento psicológico nos sistemas de formação*. Aveiro. Edições Cidine.
- TAVEIRA, M. C. (2001). *Exploração vocacional: teoria, investigação e prática*. Revista Psychologica. Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Gráfica de Coimbra. Nº 26. pp 55-77.
- TAUSCH, R; TAUSCH, A. M. (1981). *Psicologia da Educação*. Barcelona. Herder.
- TODT, E. (2000). *La motivación*. Madrid. Biblioteca de Psicología.
- THELAN, L. A.; DAVIE, J. K.; URDEN, L. D. (1993). *Enfermagem em cuidados intensivos- diagnóstico e intervenção*. Lisboa. Lusodidacta.
- TOMÉ, A. (1997). *Educologia ou saberes múltiplos*. Covilhã. Anais Universitários. Ciências Sociais e Humanas. Universidade da Beira Interior. pp 17 – 27.
- TOMÉ, F. C. (1997). *Educação e Ciências da Educação: Reflexões finais*. Covilhã. Anais Universitários. Ciências Sociais e Humanas. Universidade da Beira Interior. pp 183 – 185.
- UNESCO (1989). *O Educador e a Abordagem Sistémica*. 3ª edição. Lisboa. Editorial Estampa.
- VAZ SERRA, A. (1986). *A Importância do Auto – Conceito*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 7(2). pp 57 – 66.
- VAZ SERRA, A. (1988). *O Auto – Conceito*. Lisboa. Análise Psicológica. 2(VI). pp 101 – 110.
- VAZ SERRA, A.; FIRMINO, H.; BARREIROS, M. E.; FAEL, I. M. (1989). *O Auto – Conceito, Solidão e Comportamentos de lidar com estados de tensão*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 10 (3). pp 157 – 164.

- VAZ SERRA, A.; MATOS, A. P.; GONÇALVES, S. (1986). *Auto – Conceito e sintomas depressivos na população em geral*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 7(2). pp 97 – 101.
- VAZ SERRA, A.; ANTUNES, R.; FIRMINO, H. (1986). *Relação entre auto – conceito e expectativas*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 7(2). pp 91 – 96.
- VAZ SERRA, A. (1986). *Auto Conceito e Ansiedade Social*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 7 (2). pp 103 – 108.
- VAZ SERRA, A. (1986). *O Inventário Clínico de Auto-Conceito*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 7 (2). pp 67-84.
- VAZ SERRA, A.; FIRMINO, H.; MATOS, A. P. (1987). *Auto – Conceito e Locus de Controlo*. Coimbra. Psiquiatria Clínica. 8 (3). pp 143 – 146.
- VEIGA, A. (1997). *A Educação Hoje*. 5ª edição. Porto. Obras básicas. Editorial perpétuo socorro.
- VEIGA, F. (1995). *Transgressão e auto-conceito dos jovens na escola*. 1ª edição. Lisboa. Fim de século edições.
- VIEIRA, S. (1997). *Introdução à bioestatística*. 6ª edição. Rio de Janeiro. Editora Campos.
- WILLIAM, S. (1995). *Assesement of Self-Concept*. ERIC Digest.
- WATSON, J. (1988). *Nursing: human science and human care. A theory of Nursing*. New York. National League for Nursing. pp 73-77.
- ZIMBARDO, P. G. (1972). *A Timidez*. Rio de Janeiro. Edições 70.

ANEXOS

Anexo 1- Instrumentos utilizados nos estudos de campo